

Université de Montréal

**Étude des types d'expérience de maltraitance subie dans
l'enfance chez les mères adolescentes et leur association
aux conditions pouvant mener à l'adoption de pratiques
parentales maltraitantes**

par Laura El-Hachem

École de travail social
Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée
en vue de l'obtention du grade de Ph.D.
en Travail social

Août, 2016

© Laura El-Hachem, 2016

Résumé

Objectif: Explorer l'association entre différentes expériences de maltraitance subie dans l'enfance chez un groupe de mères adolescentes québécoises et les conditions observables chez ces dernières qui sont reconnues comme pouvant mener à l'Adoption de pratiques parentales maltraitantes (APPM) envers leur enfant, en cohérence avec les repères mis de l'avant par la théorie axée sur le traumatisme.

Devis: Analyses secondaires de données quantitatives tirées d'une étude évaluative portant sur le *Programme de Soutien aux Jeunes Parents (PSJP)* des *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE)*.

Échantillon: 288 mères adolescentes québécoises, âgées en moyenne de 18 ans, recevant ou ayant reçu des services par le biais du PSJP.

Méthodologie: Les données ont été recueillies en quatre temps de mesure, soit à deux reprises durant la grossesse, ainsi qu'à 5 et 17 mois postpartum, sur une période d'environ deux ans. L'expérience de maltraitance subie dans l'enfance a été mesurée à l'aide de la version abrégée de l'échelle *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)*. Une analyse de partitionnement des données a été menée en utilisant les variables relatives à l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance (cinq formes de maltraitance et leur classification d'intensité). Dans un deuxième temps, des analyses de variance, par tableaux de contingence et de régression logistique binaire ont été menées afin d'évaluer l'association entre les différentes expériences de maltraitance subie dans l'enfance et les variables identifiées comme étant des conditions associées à l'APPM chez les mères adolescentes.

Résultats: Nos résultats mettent de l'avant la fréquence élevée de l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance et font ressortir trois types distincts d'expérience. Un premier type est caractérisé par une expérience de négligence émotionnelle sans cooccurrence; un deuxième par une expérience d'abus sexuel et de négligence émotionnelle; et un troisième par une expérience composée de toutes les formes de maltraitance en cooccurrence mais avec une plus faible intensité de négligence émotionnelle. En général, malgré certaines distinctions, ce seraient les mères s'inscrivant dans les deuxième et troisième types qui présenteraient significativement plus de conditions associées à l'APPM pour ce qui est de la pauvreté matérielle, de la fragilisation de la santé mentale, du fonctionnement parental et de la précarité du réseau de soutien.

Constats: Ces résultats suggèrent l'importance d'arriver à une compréhension exhaustive de l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance chez les mères adolescentes puisque, selon sa nature et sa cooccurrence, ses conséquences peuvent varier. Ces conséquences peuvent être persistantes et placer les mères à risque de transmission intergénérationnelle de la maltraitance envers leur enfant. Dans une optique de prévention de l'APPM, ceci met de l'avant la pertinence d'étudier la problématique de la maltraitance chez les mères adolescentes non pas

seulement en fonction du risque de perpétration mais également en fonction de la maltraitance qu'elles ont elles-mêmes subie. Les implications pour l'intervention en travail social et dans le domaine psychosocial sont également discutées.

Mots-clés : Maternité à l'adolescence, Expériences de maltraitance, Adoption de pratiques parentales maltraitantes

Abstract

Objective: To explore the association between histories of childhood maltreatment types among a group of adolescent mothers and recognized variables linked to the Adoption of maltreating parental behavior (AMPB) towards their child in accordance with Trauma-focused theory landmarks.

Design: Secondary analysis of quantitative data from an evaluative study of the *Programme de Soutien aux Jeunes Parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE)*.

Sample: 288 adolescent mothers from Québec, Canada, 18 years old on average, receiving or having received services through the PSJP.

Method: Data was collected four times (twice during pregnancy, as well as at 5 and 17 months postpartum) over an average period of two years. Childhood maltreatment history was measured by using the short version of *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)*. Cluster analysis was performed using variables related to childhood trauma history (forms of maltreatment experience and severity classification). Analyses of variance, cross tables and binary logistic regression were then conducted to assess the association between the different types of childhood maltreatment and recognized variables linked to AMPB in adolescent mothers.

Results: Results show a high occurrence of childhood maltreatment experience among the adolescent mothers that took part in our study. Further, they highlight three distinct types of childhood maltreatment. The first type is characterized by emotional neglect without co-occurrence; the second one, by sexual abuse and emotional neglect; and the third one, by a co-occurrence of all forms of abuse but with a lower intensity of emotional neglect. Overall, despite certain distinctions, mothers from the second and third types present significantly more risk factors for AMPB than mothers from the first type (i.e. higher levels of poverty, fragile mental health, parental difficulties, and lower satisfaction of social network).

Conclusion: From a prevention perspective of AMPB, our results put forward the importance of focusing on and understanding adolescent mothers' diversity of childhood maltreatment experiences. Difficulties related to a history of childhood maltreatment vary according to its nature and the co-occurrence of forms of maltreatment. These consequences can be persistent and put mothers at risk of intergenerational transmission of maltreatment towards their children. This puts forth the relevance of studying maltreatment among adolescent mothers not only according to the risk of perpetration but also according to the abuse they have themselves suffered in their childhood. The implications for social work and psychosocial intervention are also discussed.

Keywords : Adolescent mothers, History of childhood maltreatment, Maltreatment, Intergenerational transmission of maltreatment

Table des matières

| | |
|---|-------|
| Résumé | i |
| Abstract..... | iii |
| Table des matières..... | v |
| Liste des tableaux..... | x |
| Liste des figures | xii |
| Liste des acronymes | xiii |
| Remerciements..... | xv |
| Avant-propos | xviii |
| Introduction..... | 1 |
| Chapitre 1 : Problématique de recherche et cadre d'analyse | 3 |
| 1.1. Définition des concepts..... | 8 |
| 1.1.1. Parentalité à l'adolescence | 8 |
| 1.1.2. Expérience de maltraitance subie dans l'enfance | 8 |
| 1.1.3. Transmission intergénérationnelle de la maltraitance..... | 10 |
| 1.1.4. Condition associée à l'Adoption de pratiques parentales maltraitantes (APPM) | 10 |
| 1.2. La parentalité à l'adolescence : Mise en contexte | 11 |
| 1.3. Réalités des mères adolescentes : Des conditions associées à l'APPM | 13 |
| 1.4. Cadre d'analyse : La théorie axée sur le traumatisme | 15 |
| 1.4.1. Les repères cliniques à la base de la théorie axée sur le traumatisme | 16 |
| 1.4.2. Les fondements de la théorie axée sur le traumatisme..... | 23 |
| 1.5. Objectif de la recherche | 29 |
| Chapitre 2 : Recension des écrits | 31 |
| 2.1. Conséquences potentielles de l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance | 32 |
| 2.2. Fréquence de l'expérience et des formes de maltraitance dans l'enfance chez les mères adolescentes | 36 |
| 2.3. Les conditions associées à l'APPM chez les mères adolescentes | 40 |
| 2.3.1. Pauvreté matérielle..... | 42 |

| | | |
|---------------------------------|--|-----|
| 2.3.2. | Précarité du réseau de soutien..... | 43 |
| 2.3.3. | Santé mentale fragilisée..... | 46 |
| 2.3.4. | Difficultés parentales | 54 |
| 2.4. | Synthèse | 56 |
| 2.5. | Objectif et questions de recherche | 58 |
| Chapitre 3 : Méthodologie | | 59 |
| 3.1. | La méthodologie de l'étude évaluative sur le PSJP de Gendron <i>et al.</i> (2014)..... | 59 |
| 3.1.1. | Méthode de collecte des données..... | 59 |
| 3.1.2. | Stratégie d'échantillonnage | 60 |
| 3.1.3. | Analyse des données | 64 |
| 3.2. | La méthodologie propre au projet de recherche | 65 |
| 3.2.1. | Méthodes de collecte des données | 65 |
| 3.2.2. | Stratégies d'échantillonnage | 65 |
| 3.2.3. | Définition des variables et mesures utilisées | 68 |
| 3.2.4. | Analyse des données | 77 |
| 3.3. | Implications et considérations en lien avec le projet de recherche..... | 81 |
| 3.3.1. | Pertinence de la recherche | 81 |
| 3.3.2. | Limites de la recherche | 83 |
| 3.3.3. | Considérations éthiques..... | 84 |
| Chapitre 4 : Résultats | | 86 |
| 4.1. | Analyses descriptives..... | 86 |
| 4.1.1. | L'expérience de maltraitance subie dans l'enfance | 86 |
| 4.1.2. | Les conditions associées à l'APPM | 90 |
| 4.2. | Première question de recherche : Quelles sont les différents types d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance chez les mères adolescentes? | 92 |
| 4.2.1. | Analyse de classification ascendante hiérarchique (analyse de partitionnement des données)..... | 92 |
| 4.2.2. | Composition des groupes/types | 97 |
| 4.3. | Deuxième question de recherche : Comment les différents types d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance sont-ils associés aux conditions reconnues comme pouvant contribuer à l'APPM chez les mères adolescentes?..... | 101 |
| 4.3.1. | Analyses de variance et par tableaux de contingence | 101 |
| 4.3.2. | Analyses de variance multivariée | 112 |
| Chapitre 5 : Discussion..... | | 120 |
| 5.1. | Principaux constats | 120 |
| 5.1.1. | Prévalence élevée des expériences de maltraitance subie dans l'enfance et des conditions associées à l'APPM | 120 |

| | | |
|--------|---|---------|
| 5.1.2. | Types d'expériences de maltraitance subie dans l'enfance chez les mères adolescentes | 122 |
| 5.1.3. | La maltraitance subie dans l'enfance et les conditions associées à l'APPM chez les mères adolescentes | 125 |
| 5.2. | Originalité et apport du projet de recherche | 137 |
| 5.2.1. | Choix théorique et méthodologique pour l'analyse des données | 137 |
| 5.2.2. | Distinctions selon les formes de mauvais traitements psychologiques..... | 138 |
| 5.2.3. | Émergence de constats positifs | 138 |
| 5.3. | Limites potentielles du projet de recherche | 139 |
| 5.3.1. | Limites statistiques..... | 140 |
| 5.3.2. | Choix de l'approche | 140 |
| 5.3.3. | Choix du devis et des variables..... | 141 |
| 5.4. | Implications du projet de recherche..... | 142 |
| 5.4.1. | Implications au plan de la recherche | 143 |
| 5.4.2. | Implications au plan clinique de la pratique en travail social..... | 145 |
| | Conclusion | 153 |
| | Bibliographie | i |
| | Annexe 1 : Concepts à l'étude et descripteurs utilisés | i |
| | Annexe 2 : Synthèse des principales études empiriques comprises dans la recension des écrits | ii |
| | Annexe 3 : Analyses comparatives entre les mères du sous-échantillon et celles ayant mis fin à leur participation à l'étude avant le quatrième temps de mesure..... | xxix |
| | Annexe 4 : Instruments de mesure utilisés | xxx |
| | Annexe 5 : <i>Childhood Trauma Questionnaire</i> (CTQ, Bernstein et Fink, 1998) | xxxii |
| | Annexe 6 : Points de césure pour les classifications du CTQ | xxxiii |
| | Annexe 7 : Échelle d'insécurité alimentaire (Kendall, Olson et Frongillo, 1994; traduite par Gendron <i>et al.</i> , 2014)..... | xxxiv |
| | Annexe 8 : Échelle d'Adéquation des ressources matérielles (Dunst, Trivette et Deal, 1988) | xxxv |
| | Annexe 9 : Inventaire sur l'alliance parentale (Abidin et Brunner, 1995; traduite et adaptée par Gendron <i>et al.</i> , 2014)..... | xxxvii |
| | Annexe 10 : Inventaire des comportements de soutien (Brown, 1986a; 1986b, traduite par Goulet <i>et al.</i> , 2003)..... | xxxviii |

| | |
|---|---------|
| Annexe 11 : Échelle d'autonomie de l'adolescent (Deslandes, Potvin et Leclerc, 1999)..... | xli |
| Annexe 12 : Échelle de mesure de manifestations de la détresse psychologique (Massé <i>et al.</i> , 2004; traduite par Paquette <i>et al.</i> , 2004) | xliii |
| Annexe 13 : Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg (Cox, Holden et Sagovsky, 1987; traduite par Séguin <i>et al.</i> , 1983; adaptée par Martin et Boyer, 1995)..... | xlvi |
| Annexe 14 : <i>Échelle de sensibilité parentale</i> (Bell, St-Cyr Tribble et Paul, 2001)..... | xlvi |
| Annexe 15 : Indice de stress parental version abrégée (Abidin, 1995; traduite par Bell, St-Cyr Tribble et Paul, 2001)..... | 1 |
| Annexe 16 : <i>Inventaire des connaissances du développement</i> (MacPhee, 1981, 2002; traduite par le Laboratoire d'études sur le nourrisson de l'Université du Québec à Montréal) | lii |
| Annexe 17 : Certificats d'approbation éthique de l'étude évaluative sur le PSJP (Gendron <i>et al.</i> , 2014)..... | lv |
| Annexe 18 : Analyses d'asymétrie statistique des variables | lxii |
| Annexe 19 : Analyse discriminante : Test des fonctions | lxiii |
| Annexe 20 : Analyse discriminante : Test de structure de la matrice du modèle statistique .. | lxiv |
| Annexe 21 : Analyses statistiques et descriptives pour les variables représentant les conditions associées à l'APPM (selon chaque groupe identifié par le biais de l'analyse de partitionnement des données)..... | lxv |
| Annexe 22 : Différences entre les groupes en ce qui a trait à l'adéquation des ressources matérielles et de l'insécurité alimentaire | lxxv |
| Annexe 23 : Différences entre les groupes en ce qui a trait à la satisfaction du soutien reçu par l'entourage | lxxvi |
| Annexe 24 : Différences entre les groupes en ce qui a trait à la détresse psychologique et à la dépression postpartum..... | lxxvii |
| Annexe 25 : Différences entre les groupes en ce qui a trait aux connaissances et croyances sur le développement de l'enfant et à la détresse parentale | lxxviii |

| | |
|--|-------|
| Annexe 26 : Analyse de corrélation de Pearson des dix principales variables significativement associées aux types d'expérience de maltraitance suite aux ANOVA..... | lxxix |
| Annexe 27 : Analyses comparatives quant à la répartition entre les groupes identifiés par le biais de l'analyse de partitionnement des données entre les 169 mères incluses dans les analyses de variance multivariée et les 119 mères laissées de côté..... | lxxx |

Liste des tableaux

| | | |
|---------------|--|-----|
| Tableau I. | Synthèse des conséquences potentielles généralement associées aux différentes formes d'une expérience de maltraitance subie dans l'enfance..... | 35 |
| Tableau II. | Synthèse des caractéristiques des participantes à l'étude à leur entrée au PSJP (Gendron <i>et al.</i> , 2014 : 14-15) | 62 |
| Tableau III. | Synthèse des caractéristiques propre à chaque groupe identifié par l'analyse de partitionnement des données de Gendron et ses collègues (2014 : 14-15) | 63 |
| Tableau IV. | Caractéristiques des participantes du sous-échantillon à étude | 67 |
| Tableau V. | Autres variables mesurées à l'aide de questionnaires maisons | 70 |
| Tableau VI. | Fréquences (N et %) des formes de maltraitance subie dans l'enfance selon les classifications de l'intensité (N=288)..... | 87 |
| Tableau VII. | Scores moyens obtenus via l' <i>Inventaire des comportements de soutien</i> (Brown, 1986a; 1986b)..... | 90 |
| Tableau VIII. | Analyse de corrélation de Pearson pour les cinq sous-variables de l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance (N=288) | 92 |
| Tableau IX. | Expérience d'abus émotionnel (N et %) selon les quatre catégories d'intensité pour chaque groupe identifié | 97 |
| Tableau X. | Expérience d'abus physique (N et %) selon les quatre catégories d'intensité pour chaque groupe identifié | 97 |
| Tableau XI. | Expérience d'abus sexuel (N et %) selon les quatre catégories d'intensité pour chaque groupe identifié | 98 |
| Tableau XII. | Expérience de négligence émotionnelle (N et %) selon les quatre catégories d'intensité pour chaque groupe identifié | 98 |
| Tableau XIII. | Expérience de négligence physique (N et %) selon les quatre catégories d'intensité pour chaque groupe identifié | 98 |
| Tableau XIV. | Synthèse des expériences de maltraitance subies dans l'enfance associées à chacun des trois groupes..... | 100 |

| | |
|--|-----|
| Tableau XV. Différences entre les groupes en ce qui a trait à l'adéquation des ressources matérielles et de l'insécurité alimentaire | 102 |
| Tableau XVI. Différences entre les groupes en ce qui a trait à la satisfaction des mères adolescentes quant au soutien reçu par l'entourage | 105 |
| Tableau XVII. Différences entre les groupes en ce qui a trait à la détresse psychologique et à la dépression postpartum | 108 |
| Tableau XVIII. Différences entre les groupes en ce qui a trait aux connaissances et croyances sur le développement de l'enfant et à la détresse parentale | 110 |
| Tableau XIX. Résultats de la MANOVA (N=169)..... | 114 |
| Tableau XX. Régression logistique binaire identifiant les variables les plus fortement associées à l'appartenance au premier type d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance (N=246)..... | 115 |
| Tableau XXI. Régression logistique binaire identifiant les variables les plus fortement associées à l'appartenance au deuxième type d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance (N=246)..... | 117 |
| Tableau XXII. Régression logistique binaire identifiant les variables les plus fortement associées à l'appartenance au troisième type d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance (N=246)..... | 118 |

Liste des figures

| | |
|---|----|
| Figure 1. Modélisation du risque d'APPM chez les mères adolescentes selon les repères de la théorie axée sur le traumatisme | 28 |
| Figure 2. Synthèse de la recension des écrits quant à l'association entre les expériences de maltraitance subie dans l'enfance et les conditions associées à l'APPM | 57 |
| Figure 3. Proportion de la cooccurrence des formes de maltraitance subie dans l'enfance chez les répondantes (N=288) | 88 |
| Figure 4. Scores moyens pour chaque forme de maltraitance..... | 89 |
| Figure 5. Dendrogramme généré par l'analyse de classification ascendante hiérarchique selon la méthode de regroupement Ward | 94 |
| Figure 6. Fonctions discriminantes canoniques | 96 |

Liste des acronymes

APPM : Adoption de pratiques parentales maltraitantes

CISSS : Centres intégrés de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux

CTQ : *Childhood Trauma Questionnaire*

DPJ : Direction de la protection de la jeunesse

DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

ESPT : État de stress post-traumatique

ESPT-C : État de stress post-traumatique complexe

MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux du Québec

PSJP : Programme de soutien aux jeunes parents

SIPPE : Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité

TSPT : Trouble de stress post-traumatique

Aux jeunes mères dont nous n'entendons pas les pleurs.

Remerciements

Jamais je n'aurais pu mener à terme cette thèse doctorale sans le soutien des personnes suivantes :

Mon directeur de thèse, Jacques Moreau : merci d'avoir cru en moi dès mon inscription au programme de maîtrise. Vous m'avez ouvert plusieurs portes, au cours des dernières années, et j'en suis grandement reconnaissante. Merci pour les conseils, l'accompagnement et les mots d'encouragements qui m'ont aidée à cheminer vers l'atteinte de mes objectifs.

Ma codirectrice, Sylvie Gendron : vous êtes une des professeurs qui aura le plus marqué mon parcours académique. En étant guidée par vous, j'ai pu développer mon sens de l'analyse et ma rigueur. Jamais je n'ai rencontré quelqu'un m'ayant autant poussée vers l'accomplissement de soi, tout en demeurant si gentille et respectueuse. Merci pour votre dévouement et votre disponibilité.

Marie-Andrée Poirier : merci pour le soutien que tu m'as offert au cours de la dernière année. Merci, aussi, pour ton enseignement à la maîtrise qui a grandement marqué mon parcours professionnel.

Messieurs Tonino Esposito et Carl Lacharité : merci d'avoir accepté d'évaluer ma thèse. C'est tout un honneur, considérant la marque que vous laissez dans notre domaine de par vos travaux.

Merci à l'École de travail social et à la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'UdeM pour le soutien financier.

Merci, également, aux enseignants et au personnel de l'École de travail social, plus particulièrement messieurs Lionel Groulx et Oscar Firbank pour leur enseignement hors du commun.

Merci à mes collègues du CLIPP et du Centre d'expertise Marie-Vincent qui m'ont permis de garder un pied sur le terrain, tout au long de mes études, et d'humaniser mes travaux de recherche. Merci, particulièrement, à monsieur Gilles Dupuis pour son implication dans l'examen synthèse et pour son soutien moral (et statistiques!!!) pendant la rédaction de la thèse. Je me considère chanceuse d'avoir pu travailler à vos côtés au CLIPP.

Merci à Philippe Valois pour tout le travail réalisé ensemble et ta disponibilité.

Mes amies du doctorat, particulièrement, Alicia, Catherine et Marie-Joëlle : merci pour votre écoute, pendant les moments de grande joie, mais aussi pendant les moments plus ardues.

Mes amies Elizabeth et Marjorie : vos encouragements me transportent. Quelle chance de vous avoir dans ma vie. Vous êtes précieuses pour moi. Mon ami Sébastien : chaque moment passé avec toi est une thérapie par l'humour. Je tiens énormément à toi.

Mes tantes, mes cousins et cousines, leurs conjoints, ainsi que leurs enfants: merci d'être impliqués dans ma vie et de me soutenir comme vous le faites. Chaque moment passé ensemble en est un de pur bonheur. Quelle belle et grande famille nous formons! Un merci spécial à ma cousine Majdala qui, de par son propre parcours doctoral, a su inspirer le mien. Merci pour tes encouragements et tes conseils.

Ma sœur, Alissa : tu es ma meilleure amie, toujours là pour moi. Je sais que, si tu avais pu, pendant les moments les plus difficiles, tu aurais pris ma place devant l'écran à rédiger. Tu as été là pour moi depuis le début et, depuis bientôt trois ans, tu arrives à me remplacer à merveille auprès d'Éli, lorsque je suis submergée par mon travail. Merci d'être une deuxième maman en or pour lui. Merci, aussi, à ton Élie : merci de rendre ma sœur heureuse et

d'occuper une place aussi importante dans notre famille. Merci, aussi, de t'occuper si bien de mon fils et d'être toujours là pour nous.

Mes parents, Georges et Yvette : merci pour tous les sacrifices que vous avez faits, incluant celui de quitter votre pays natal, pour mon bien et celui d'Alissa. Tous les diplômes obtenus par Alissa et moi vous reviennent en grande partie. Vous nous dites, chaque jour, combien vous êtes fiers de nous pour ce que nous sommes, mais sachez que c'est un privilège de vous avoir comme parents et de vous sentir derrière nous à tout coup. Je vous aime.

Mon mari, Jonathan : si je pouvais, j'inscrirais ton nom comme coauteur de cette thèse. Sans toi, jamais je n'aurais pu terminer ce grand projet. Merci pour ta patience, tes encouragements et ton amour. Merci de me regarder avec tant de fierté. Jamais je n'ai eu une si belle et grande présence à mes côtés. Tu as transformé ma vie et m'a offert ce qu'il y a de plus beau.

Mon fils, Éli : tu es, sans aucun doute, la plus belle réalisation de ma vie. Tu illumines mes jours et tu es ma plus grande motivation. J'espère que tu lieras cette thèse un jour, que tu seras fier de ta maman et que tu y retiendras l'importance d'être à l'écoute des autres et d'aider sans juger. Je t'aime.

Avant-propos

Lorsque je me suis inscrite au programme de baccalauréat en travail social en 2006, fraîchement graduée du CEGEP avec très peu de connaissances sur ce domaine, jamais je n'aurais cru y trouver une réelle passion. Dix ans plus tard, me voici en fin de parcours doctoral, toujours dans ce même domaine auquel je suis fière d'appartenir. Les travailleurs sociaux, depuis les premiers balbutiements de la profession, se sont toujours positionnés comme des agents de changement social. Humblement, cette thèse doctorale est ma façon d'y contribuer, peu importe la portée qu'elle aura.

À travers les dix dernières années, mon parcours académique, mais surtout professionnel, m'a amené à me questionner sur la manière selon laquelle les victimes de maltraitance sont reçues par le système de services sociaux québécois. Ce questionnement est d'autant plus complexe lorsque cette même victime est adolescente et qu'elle a un être vulnérable à sa charge – en l'occurrence, son enfant. Comment faire, alors, pour soutenir la mère adolescente, autant dans sa parentalité que dans ses difficultés personnelles, afin de prévenir adéquatement la transmission intergénérationnelle de la maltraitance? Comment les conditions qui la placent à risque de maltraiter son enfant sont-elles associées à sa propre expérience de maltraitance subie dans son enfance? Sur quoi doit-on intervenir, afin de renforcer le filet de sécurité social de la mère et agir en amont des difficultés pouvant mener à la maltraitance de son enfant?

L'intervention en périnatalité au Québec vise, principalement, le bien-être de l'enfant et son développement optimal. Cet objectif est sans contredit important. Or, le bien-être de l'enfant passe d'abord et avant tout par celui de son parent. Lorsque ce dernier est non disponible à prendre part à l'intervention qui lui est proposée, il se retrouve mis en échec par notre système et seul pour affronter ses difficultés qui ne cadrent pas dans les objectifs prédéterminés d'un programme. Ainsi, dans le cas des mères adolescentes, qui cumulent trop souvent des expériences antérieures de dure adversité, je suis d'avis qu'il est temps de revoir les objectifs d'intervention qui les concernent. Il est temps d'adapter les services en fonction

des difficultés associées à leur trajectoire personnelle qui nuisent à leur bien-être et au développement de leurs habiletés parentales, en plus de contribuer au risque d'adoption de pratiques parentales maltraitantes envers leur enfant. Or, préalablement à ceci, il importe d'évaluer ce sur quoi nous devons les aider et comment leurs expériences de maltraitance subie dans l'enfance affectent leur réalité personnelle et parentale. C'est ce dont ma thèse traite.

Introduction

La parentalité à l'adolescence est reconnue dans la littérature comme étant associée à divers problèmes sociaux, notamment la maltraitance. Or, cette maltraitance serait potentiellement tant subie par la mère adolescente elle-même durant son enfance que perpétrée à l'égard de son enfant. La littérature met de l'avant différentes conditions qui sont associées à l'Adoption de pratiques parentales maltraitantes (APPM) chez les mères adolescentes. Cependant, lorsqu'il est question de l'expérience de maltraitance subie par la mère elle-même, peu d'études se sont penchées sur la nature de celle-ci, ce qui comprend ses formes et leur cooccurrence, et sur son association avec les conditions généralement reconnues comme pouvant mener à l'APPM.

Le projet de recherche dont il est question dans cette thèse s'inscrit à l'intérieur de l'étude évaluative intitulée *Évaluation du volet Programme de Soutien aux Jeunes Parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité* (SIPPE), qui a été financée par le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS; 2004-2009) et menée principalement par (a) Sylvie Gendron, professeure à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et co-directrice du projet de recherche; (b) Gilles Dupuis, professeur au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal; et (c) Jacques Moreau, professeur à l'École de service social de l'Université de Montréal et directeur de cette thèse de doctorat. La thèse vise à explorer la problématique de maltraitance subie dans l'enfance chez les mères adolescentes, en lien avec le risque d'APPM envers leur enfant. Il porte sur une analyse des conditions reconnues dans la littérature comme étant associées à l'APPM chez un groupe de mères adolescentes du Québec, selon les types qui caractérisent leurs différentes expériences de maltraitance subies dans l'enfance. Dans une optique de prévention de l'APPM, approfondir cette question vise à identifier des repères cliniques et empiriquement fondés permettant de mieux comprendre comment différentes expériences de maltraitance subie dans l'enfance placent potentiellement les mères adolescentes à risque de transmission intergénérationnelle de la maltraitance envers leur enfant.

Après la présentation de la problématique de recherche et du cadre d'analyse (premier chapitre), cette thèse propose un deuxième chapitre qui fait état de la littérature dont nous disposons concernant le sujet de recherche. Cette recension des écrits porte principalement sur les expériences de maltraitance subies dans l'enfance et sur les conditions associées à l'APPM chez les mères adolescentes. Le troisième chapitre présente la méthode utilisée pour cette recherche. Enfin, les quatrième et cinquième chapitres proposent, respectivement, les résultats de l'étude ainsi qu'une discussion de ceux-ci. À la lumière des résultats obtenus, des recommandations quant à l'intervention offerte aux mères adolescentes seront mises de l'avant dans une optique de prévention de l'APPM.

Chapitre 1 : Problématique de recherche et cadre d'analyse

Le MSSS décrit le phénomène de la parentalité à l'adolescence comme étant un des six problèmes sociaux auxquels nous faisons face (les cinq autres étant l'agression sexuelle, les dépendances, l'itinérance, les jeunes en difficulté et la violence conjugale) (Gouvernement du Québec, n.d.). Des programmes publics d'intervention et de prévention précoce, dans lesquels 26 millions de dollars sont investis annuellement par le MSSS, s'adressent aux mères adolescentes (Gouvernement du Québec, n.d.). Un de ces principaux programmes se nomme *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité* (SIPPE). Il est offert dans les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Québec par les intervenants des équipes famille-enfance-jeunesse. Il vise à accompagner les jeunes mères, les pères, ou les mères adultes en contexte de pauvreté extrême, de la grossesse jusqu'à l'entrée scolaire de l'enfant (Gouvernement du Québec, 2015). Mis en œuvre par des équipes multidisciplinaires composées principalement de travailleurs sociaux et d'infirmières, ce programme vise à (a) favoriser le développement optimal des enfants, (b) maximiser le potentiel de santé des enfants et des parents, et (c) améliorer les conditions de vie de la famille (Gouvernement du Québec, 2015).

Le Cadre de référence des SIPPE présente la parentalité à l'adolescence comme étant fortement associée à divers facteurs de risque ayant le potentiel d'affecter le développement et la sécurité des enfants nés de mères adolescentes (MSSS, 2004, 2016). Or, les résultats de l'étude évaluative de Gendron, Dupuis, Moreau, Lachance-Fiola et Dupuis (2014) indiquent que les mères adolescentes qui cumulent davantage de conditions de vulnérabilité sociale, incluant, notamment, des expériences de maltraitance dans l'enfance, sont celles qui quitteraient le programme d'accompagnement des SIPPE plus tôt dans la vie de leur enfant (Gendron *et al.*, 2014). Ces résultats suggèrent que les mères adolescentes pour lesquelles les

programmes d'intervention sont conçus et mis en œuvre seraient celles qui en bénéficieraient le moins longtemps.

Ceci dit, certains écrits scientifiques et théoriques soutiennent l'importance d'offrir une intervention psychosociale globale, intensive et précoce, axée sur la réponse aux besoins d'ordre socioéconomique, mais aussi personnel, des mères adolescentes (Geiger et Schelbe, 2014; Phipps, Racker, Ware et Zlotnick, 2013; Reid et Meadows-Oliver, 2007; Siegel et Brandon, 2014; Thompson et Peebles-Wilkins, 1992; Whitson, Martinez, Ayala et Kaufman, 2011; Zlotnick, Miller, Pearlstein, Howard et Sweeny, 2006). Une étude signale d'ailleurs que la reconnaissance de l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance des mères adolescentes et de ses effets sur leur fonctionnement parental serait essentielle à la prévention de l'APPM chez les mères adolescentes (Thompson et Nielson, 2014).

Toutefois, les interventions axées sur les problèmes de santé mentale de la mère adolescente (ce qui inclut les difficultés psychosociales associées à l'expérience de maltraitance) permettant de prévenir l'APPM seraient peu développées (Edwards, Thullen, Isarowong, Shiu, Henson et Hans, 2012; Gavin, Lindhorst et Lohr, 2011; Holub, Kershaw, Ethier, Lewis, Milan et Ickovics, 2007; Leplatte, Rosenblum, Stanton, Miller et Muzik, 2012). Au Québec, le programme SIPPE ne fait pas exception. Celui-ci apparaît principalement axé sur des objectifs en lien avec le développement optimal et l'adaptation sociale de l'enfant né de la mère adolescente (Gouvernement du Québec, 2015; MSSS, 2004). La première version du Cadre de référence des SIPPE parue en 2004 ne fait pas mention des expériences antérieures de la jeune mère en termes de maltraitance et de leurs conséquences potentielles et il n'est pas clairement indiqué d'évaluer cet élément lors des premières rencontres ou plus tard dans l'intervention (MSSS, 2004). La version mise à jour du Cadre de référence parue en 2016 met de l'avant une nouvelle approche en mentionnant l'importance de détecter les expériences antérieures d'adversité mais stipule que les mères ayant subies des expériences de maltraitance dans leur enfance doivent être exclues des SIPPE et redirigées vers un programme destiné aux jeunes en difficultés ou vers des initiatives communautaires non-spécifiées (MSSS, 2016).

L'étude de Gendron et ses collègues (2014) révèle, en effet, que l'intervention dispensée dans le cadre des SIPPE serait principalement axée sur les soins au bébé et le renforcement des habiletés parentales. Ainsi, il semble que le contexte et les modalités entourant l'intervention ne favoriseraient pas d'aborder les enjeux d'ordre personnel chez la mère pouvant être associés à son expérience de maltraitance subie dans l'enfance. Ceci suggère qu'il relève de chaque intervenant de s'attarder aux expériences de maltraitance subies par la jeune mère (ou pas), sans que ceci ne soit formellement inclus dans le processus d'évaluation ou d'intervention cliniques.

Dans le contexte de programmes d'intervention qui visent le développement optimal des enfants, il semble curieux, à prime abord, que seule la prévention de la maltraitance soit abordée à travers des objectifs complémentaires, et que celle de la transmission intergénérationnelle de la maltraitance (qui impliquerait une intervention axée sur l'expérience de maltraitance des mères adolescentes) ne le soit pas. Les intervenants n'ont alors pas accès à l'étendue de la trajectoire personnelle des jeunes mères. Ils n'ont pas accès à l'information leur permettant de saisir l'ampleur de leurs difficultés, mais surtout d'évaluer leur disponibilité à prendre part à l'intervention. Or, la disponibilité parentale, ainsi que la disposition du parent à évaluer les besoins développementaux de son enfant en collaboration avec les intervenants qui ont pour mandat de le soutenir, représenteraient des facteurs de protection non négligeables contre l'APPM, notamment la négligence (Lacharité, 2014).

De plus, tel que soutenu par la théorie axée sur le traumatisme, aborder de manière spécifique l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance par la jeune mère serait nécessaire afin de lui permettre de cheminer dans la résolution des difficultés qui peuvent nuire à son fonctionnement personnel et parental (Carlson et Dalenberg, 2000; De Becker, Chapelle et Verheyen, 2014; Fraiberg, Adelson et Shapiro, 1975; Miller, 1991a, 1991b, 2001, 2005, 2009). Lacharité (2005) suggère, dans ce même esprit, qu'une intervention qui ne prend pas en considération les conditions objectives contribuant à l'état de vulnérabilité psychosociale du parent, ainsi que les facteurs étant associés à sa vulnérabilité (par exemple, le cas échéant, son expérience de maltraitance subie dans l'enfance), peut mener à une évaluation lacunaire de ses besoins en fonction de ses expériences antérieures et à une surestimation de

ses capacités à intégrer des solutions visant à diminuer le risque d'APPM. Ainsi, comment les intervenants peuvent-ils offrir une intervention personnalisée, accessible et adaptée aux besoins d'une jeune mère s'ils ne savent pas quelles formes de maltraitance les mères adolescentes sont susceptibles d'avoir subi et comment ses expériences antérieures influencent leur réalité actuelle? Comment les aider sans savoir sur *quoi* les aider? Il semble donc exister un clivage entre ce qui est suggéré dans les écrits théoriques en termes d'interventions optimales pour les mères adolescentes et ce qui est offert aux jeunes mères québécoises. Par ailleurs, peu d'études évaluent le risque d'APPM chez les mères adolescentes en fonction de la diversité de l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance. Ceci fait en sorte que peu d'information est disponible pour permettre un transfert de connaissances adéquat aux intervenants et, ainsi, offrir des repères cliniques appropriés.

Ce chapitre présente la problématique et le cadre d'analyse servant d'ancrage au projet de recherche. La problématique est construite à partir de constats scientifiques et cliniques portant sur l'APPM chez les mères adolescentes et sur les conditions qui y sont associées. Cependant, tel que mentionnée préalablement, lorsqu'il est question de maltraitance chez les mères adolescentes, la littérature suggère que celle-ci serait tant perpétrée envers leurs enfants que subie par elles-mêmes dans leur enfance (Scannapieco et Connell-Carrick, 2015). La fréquence élevée de l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance chez les mères adolescentes (Gendron *et al.*, 2014), ainsi que le cadre d'analyse utilisé dans cette thèse, nous incitent donc à nous intéresser à cette réalité et à son association aux conditions généralement reconnue comme pouvant mener à l'APPM. Quelle est la nature de l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance chez les mères adolescentes, c'est-à-dire les formes de maltraitance qu'elles ont subies? Comment ces expériences se distinguent-elles chez ces dernières? Quels seraient les différents types d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance et comment ceux-ci sont-ils associés aux conditions généralement reconnues dans la littérature comme pouvant mener à l'APPM chez les mères adolescentes? Par le biais de ce projet de recherche, nous explorerons ces questions.

Ce chapitre permettra d'abord de définir certains concepts utilisés dans le cadre de la thèse. Une brève mise en contexte sur la parentalité à l'adolescence, ainsi qu'un aperçu des

différentes conditions associées à l'APPM chez les mères adolescentes, seront ensuite présentés. Les deux sections qui suivront mettent de l'avant, respectivement, le cadre d'analyse de la thèse, ainsi que le but du projet de recherche.

1.1. Définition des concepts

Quatre principaux concepts méritent d'être définis et précisés pour cette thèse, puisque la nomenclature rattachée à ceux-ci dans la littérature varie grandement d'un contexte de recherche à l'autre selon les choix théoriques des auteurs. Il s'agit de (a) parentalité à l'adolescence, (b) expérience de maltraitance subie dans l'enfance, (c) transmission intergénérationnelle de la maltraitance, et (d) condition associée à l'APPM.

1.1.1. Parentalité à l'adolescence

De manière générale, une grossesse menée à terme par une adolescente âgée de moins de 20 ans est considérée comme menant à une parentalité à l'adolescence (OMS, 2014). L'expression « parentalité précoce » est utilisée de manière équivalente (OMS, 2014). Or, dans la littérature, cette dernière expression est généralement utilisée pour dépeindre des aspects négatifs de la parentalité à l'adolescence et sous-entend que la parentalité survient à un moment inopportun et trop tôt dans le parcours de vie de la personne. Pour ce qui est de la période de gestation, la même logique est utilisée. Elle est désignée par « grossesse à l'adolescence » ou par « grossesse précoce » (OMS, 2014).

Dans le cadre de cette thèse, le qualificatif « précoce » ne sera pas utilisé, pour éviter tout jugement de valeur et favoriser une lecture objective des propos mis de l'avant. Les termes « grossesse à l'adolescence » et « parentalité à l'adolescence », ainsi que « mères adolescentes » et « jeunes mères », seront donc utilisés.

1.1.2. Expérience de maltraitance subie dans l'enfance

Dans les écrits anglo-saxons, l'expression « expérience (ou vécu) traumatique » est principalement utilisée pour faire référence à l'expérience de maltraitance d'une personne (traduction libre de *trauma history*). Or, dans le cadre de cette thèse, l'expression Expérience

de maltraitance subie dans l'enfance sera privilégiée. Ce choix repose sur le fait que, dans les écrits scientifiques francophones, le terme « traumatisme » suggère la présence de séquelles psychologiques chez la personne. Parler de « maltraitance » plutôt que de « traumatisme » apparaît donc plus approprié à l'objet de recherche. Cependant, il est à noter que le terme « traumatisme » sera utilisé lorsqu'il est question du cadre d'analyse de cette thèse puisque celui-ci s'inscrit dans la théorie axée sur le traumatisme (traduction libre de *trauma focused theory*). Le terme « traumatisme » est utilisé ici en référence à l'expérience de maltraitance subie par la personne. Il fait référence à un événement ou une série d'événements graves potentiellement compromettant pour une personne et non pas nécessairement à un traumatisme psychique formellement diagnostiqué.

Enfin, dans le cadre de cette thèse, le terme « expérience » sert à désigner l'ensemble de la maltraitance subie par la personne et rapportée par celle-ci. L'expression « maltraitance » désigne tout acte d'omission ou de violence commis à l'égard d'un enfant (Carlson et Dalenberg, 2000). On pense, notamment, à toute forme d'agression physique, d'agression sexuelle, de mauvais traitements psychologiques ou de négligence physique. On entend par agression physique toute atteinte à l'intégrité physique par le biais de la violence; par agression sexuelle, tout acte sexuel impliquant ou dirigé vers un enfant; par mauvais traitement psychologique, tout acte de négligence ou d'abus émotionnel s'inscrivant dans un pattern grave et continu (ces deux types de mauvais traitements psychologiques seront abordés distinctement dans le cadre de cette thèse); et par négligence physique, tout acte d'omission de réponse aux besoins de base, éducatifs ou sanitaires d'un enfant à sa charge (Thompson et Nielson, 2014). Cette description est cohérente avec celle utilisée dans le cadre de l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) au Québec (ACJQ, 2015). Enfin, il est à noter que l'expérience de maltraitance peut aussi s'avérer nulle et indiquer que la personne n'a pas subi de maltraitance durant son enfance.

1.1.3. Transmission intergénérationnelle de la maltraitance

L'expression « transmission intergénérationnelle de la maltraitance » réfère à une situation où un enfant né d'un parent ayant vécu de la maltraitance pendant son enfance ou son adolescence devient à son tour victime de maltraitance perpétrée par son parent (Berlin, Appleyard et Dodge, 2011; Li, Godinet et Arnsberger, 2011). Puisqu'il s'agit d'une situation qui implique un parent et son enfant, le terme « intergénérationnelle » est ajouté à ces expressions.

Certains auteurs distinguent le concept de transmission intergénérationnelle de maltraitance (traduction libre d'*intergenerational transmission of abuse*) de celui de continuité intergénérationnelle de maltraitance (traduction libre d'*Intergenerational continuity of abuse*) (Berlin, Appleyard et Dodge, 2011). La différence se situerait principalement au plan de l'auteur de la maltraitance (c.-à-d., l'agresseur). En fait, le premier concept fait référence à un parent ayant été maltraité pendant son enfance qui maltraite à son tour son enfant; alors que le deuxième fait référence à un enfant qui partage une expérience de maltraitance avec son parent mais qui serait maltraité par un tiers. Ainsi, dans le concept de continuité intergénérationnelle de la maltraitance, l'expérience de maltraitance du parent agit à titre de facteur de risque pour une expérience de maltraitance de l'enfant, alors que dans le cas de la transmission intergénérationnelle de la maltraitance, c'est le parent qui reproduit les actes qu'il a lui-même vécu à l'égard de son enfant. Dans le cadre de cette thèse, nous nous intéresserons uniquement au concept de la transmission intergénérationnelle de la maltraitance.

1.1.4. Condition associée à l'Adoption de pratiques parentales maltraitantes (APPM)

L'expression « condition associée à l'APPM » fait référence à un ou des facteurs de risque associés à l'adoption de pratiques parentales maltraitantes. On entend par facteurs de risque un ensemble d'évènements ou de conditions personnelles ou environnementales qui augmentent la probabilité pour une personne de développer des difficultés d'adaptation à une situation particulière (Lacharité, 2005). À l'opposé, un ou plusieurs facteurs de protection

contribueraient à l'amélioration de la réponse d'une personne face à l'adversité et diminuerait la probabilité d'apparition de difficultés d'adaptation (Lacharité, 2005).

1.2. La parentalité à l'adolescence : Mise en contexte

Il est estimé que sept adolescentes (âgées de moins de 20 ans) sur 1 000 ont donné naissance à un enfant, dans l'ensemble du Québec, en 2014 (St-Amour et Binette Charbonneau, 2015). À la naissance de leur premier enfant, les mères adolescentes seraient en moyenne plus de dix ans plus jeunes que les mères québécoises dont l'âge moyen se situe autour de 30 ans (ISQ, 2015). On estime que plus de 3 000 enfants sont nés de mères adolescentes, en 2014, dans l'ensemble du Québec (ISQ, 2015). Même si le taux de naissance chez les adolescentes a chuté au cours des dernières décennies (il se situait à 20/1 000 dans les années 70) (ISQ, 2015), il n'en demeure pas moins que la parentalité à l'adolescence continue de susciter l'attention des organismes gouvernementaux québécois et des chercheurs. En effet, la parentalité à l'adolescence est généralement considérée, à travers la littérature scientifique et clinique (SmithBattle, 2012) et par les organismes gouvernementaux (Gouvernement du Québec, n.d.; Scannapieco et Connell-Carrick, 2015), comme étant un problème social préoccupant et engendrant d'importants coûts sociaux et économiques. Cette vision problématique du phénomène de parentalité à l'adolescence est apparue au début des années 60. Ce serait la dépendance des mères adolescentes face à l'État qui aurait alarmé les différentes institutions gouvernementales et qui justifie que la problématique demeure toujours préoccupante (Furstenberg, 2007).

Toutefois, la réalité des mères adolescentes est hétérogène. L'expérience ne serait pas nécessairement négative pour toutes les adolescentes. Pour les adolescentes qui disposent d'opportunités plus limitées au plan socioéconomique et académique, lorsque les projets traditionnellement associés à l'adolescence apparaissent peu atteignables (par exemple, l'obtention d'un diplôme d'études), la maternité à l'adolescence représenterait un projet attrayant et plus réaliste pour elles. La maternité deviendrait, alors, une opportunité de donner un sens à leur vie et de travailler à l'atteinte de nouveaux buts pour lesquels elles se sentent

plus outillées (Borkowski, Whitman et Farris, 2007; Davies, DiClemente, Wingood, Harrington, Crosby et Sionean, 2003; Easterbrooks, Chaudhuri, Dym Bartlett et Copeman, 2011; Gendron *et al.*, 2014; Williams et Vines, 1999).

De plus, la grossesse et l'expérience de maternité à l'adolescence représenteraient, pour certaines adolescentes, une solution au désir d'avoir une famille (Aparicio, Pecukonis et O'Neale, 2015; Pryce et Samuels, 2010; Haight, Finet, Bamba et Helton, 2009). Ce désir serait aussi motivé par un objectif de prise en charge de leur vie ou par un désir de se sentir valorisées. Il a d'ailleurs été suggéré que la naissance d'un enfant agirait comme une motivation à prendre de la maturité, à se stabiliser et à tenter d'atteindre des objectifs au plan personnel, professionnel et financier, avec le souhait de se sortir de la pauvreté et de pouvoir offrir une meilleure vie à leur enfant (Haight *et al.*, 2009). La parentalité représenterait aussi, pour certaines adolescentes, une occasion pour faire la paix avec leurs expériences familiales négatives du passé ou pour solidifier une relation de couple éprouvée (Love, McIntosh, Rosst et Tertzakian, 2005; Pryce et Samuels, 2010). Deux études (Gendron *et al.*, 2014; Oxford, Gilchrist, Lohr, Gillmore, Morrison et Spieker, 2005) ont mis de l'avant la proposition que les différentes trajectoires des mères adolescentes font généralement référence à des réalités distinctes caractérisées par des combinaisons de différentes conditions de vulnérabilité sociale. Certaines mères présentent une trajectoire caractérisée par un fonctionnement général positif (Oxford *et al.*, 2005) et un cumul moins important de conditions de précarité que leurs pairs (Gendron *et al.*, 2014). Il semblerait donc que l'expérience de parentalité à l'adolescence ne se solde pas toujours par des difficultés significatives à court (Gendron *et al.*, 2014) et à long (Oxford *et al.*, 2005) terme. Cependant, il est généralement admis que la parentalité à l'adolescence peut engendrer plusieurs effets néfastes tant au plan social, qu'économique ou personnel, pour l'adolescente et son enfant (Morinis, Carson et Quigley, 2013). Elle serait particulièrement problématique, puisqu'elle serait associée à divers problèmes sociaux (Finkel, 1995), notamment la maltraitance (Dhayanandhan, Bohr et Connolly, 2015; Sellers, Black, Boris et Oberlander, 2011; Valentino, Nuttall, Comas, Borkowski et Akai, 2012).

1.3. Réalités des mères adolescentes : Des conditions associées à l'APPM

Notre recension des écrits sur la parentalité à l'adolescence, qui sera présentée de manière approfondie dans le deuxième chapitre, met en exergue diverses conditions associées à l'APPM. Trois conditions sont particulièrement importantes tant par leurs fréquence que leurs effets, soit la défavorisation matérielle liée à la pauvreté, au décrochage scolaire et à des difficultés professionnelles (Baginski, 2009), la précarité du réseau de soutien (isolement, non disponibilité d'un réseau, relations interpersonnelles précaires) (Sellers *et al.*, 2011), ainsi que la fragilisation de la santé mentale de la mère (risque élevé de détresse psychologique et de dépression postpartum) (Kleiber et Dimidjian, 2014). Lorsque présentes chez les mères adolescentes, ces conditions sont parfois co-occurentes et complexifiées par des expériences antérieures négatives, notamment leur propre expérience de maltraitance subie dans l'enfance. Une telle situation contribue au risque d'APPM à l'égard de leurs enfants (Scannapieco et Connell-Carrick, 2015), en plus de potentiellement nuire à la construction d'une relation mère-enfant adéquate et optimale pour le développement de l'enfant (Milan, Lewis, Ethier, Kershaw et Ickovics, 2004b; Dixon, Browne et Hamilton-Giachritsis, 2005; DiLillo et Damashek, 2003).

Au Québec, l'étude de Gendron et ses collègues (2014) révèle qu'une grande part de jeunes mères accompagnées dans le cadre d'un programme d'intervention précoce dans des services de première ligne (N=451) auraient été victimes de maltraitance dans leur enfance. L'étude révèle une proportion de plus de 85 % selon les formes de maltraitance tel que mesuré à l'aide du *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ; Bernstein et Fink, 1998). Il est à noter que ces mères adolescentes n'ont pas été recrutées en fonction de leur expérience de maltraitance pour cette étude. La problématique s'est néanmoins avérée particulièrement répandue chez ces mères. D'autres études font également état de la fréquence élevée des expériences de maltraitance subies dans l'enfance chez les mères adolescentes (Jutte, Roos, Brownell, Briggs, MacWilliam et Roos, 2010; Lesser, Koniak-Griffin, Gonzalez-Figueroa, Huang, Cumberland, 2007) et de leurs conséquences persistantes (Leplatte *et al.*, 2012; Thompson et Neilson, 2014). Par exemple, l'étude menée par Leplatte et ses collègues (2012)

montre que près de la moitié des 24 mères adolescentes qui participaient à leur étude répondaient à tous les critères relatifs à l'État de stress post-traumatique (ESPT)¹, et ce, plusieurs années après l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance (notamment, de la négligence et de l'abus émotionnel), bien des années après la naissance de leur enfant.

Les écrits scientifiques portant sur la population générale présentent l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance comme pouvant être diversifiée et complexe. Elle présente des distinctions quant aux conséquences potentielles pour chaque forme de maltraitance, alors que certaines conséquences potentielles sont davantage associées à des formes de maltraitance en particulier (Jackson, Cushing, Gabrielli, Fleming, O'Connor et Huffhines, 2015; van Vugt, Lanctôt, Paquette, Collin-Vézina et Lemieux, 2014). Toutefois, dans le cas des mères adolescentes, la fréquence des expériences de maltraitance subie dans l'enfance est documentée, mais la nature de l'expérience, c'est-à-dire les distinctions pouvant être soulevées au plan des formes de maltraitance subie et de leur cooccurrence, en soulignant différents types d'expérience de maltraitance subie, l'a peu été.

Or, selon le cadre d'analyse utilisé pour cette thèse qui s'inscrit dans la théorie axée sur le traumatisme, il semble qu'étudier l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance de manière exhaustive, ce qui implique d'en distinguer les différentes formes, permettrait de mieux saisir les besoins des mères adolescentes en fonction des conséquences et des conditions spécifiques qui en résultent. Certaines conséquences et conditions étant davantage associées à l'APPM, ceci permettrait de mieux orienter l'intervention dans une optique de prévention de la transmission intergénérationnelle de la maltraitance chez les mères adolescentes. Selon cette théorie, une mère ayant été maltraitée au cours de son enfance doit pouvoir être entendue dans sa souffrance. Elle doit disposer d'un espace où elle peut s'exprimer et cheminer malgré les difficultés avec lesquelles elle compose. Une telle attention envers son expérience représenterait un facteur de protection contre la transmission

¹ L'ESPT fait référence à la présence de signes et symptômes associés au Trouble de stress post-traumatique (TSPT), sans nécessairement avoir obtenu un diagnostic formel.

intergénérationnelle de la maltraitance, puisqu'elle aide la personne à faire face à son passé, à sa souffrance et aux aspects de sa vie qui continuent d'influencer et parfois d'altérer son fonctionnement personnel, social et parental (Fraiberg, Adelson et Shapiro, 1975; Miller, 1991).

Dans une optique où les travaux de recherche viennent en soutien à l'intervention clinique, cette visée s'applique également à la création de connaissances empiriques dans le domaine de la maltraitance (Noll, 2008). Ainsi, les repères mis de l'avant par la théorie axée sur le traumatisme permettent d'explorer ce qui l'a peu été jusqu'à maintenant. La théorie propose de s'attarder à l'expérience vécue par la personne pour comprendre 1) ses difficultés personnelles et parentales et 2) la manière avec laquelle l'expérience de maltraitance subie continue de l'affecter et de contribuer au risque de transmission intergénérationnelle de la maltraitance (Fraiberg, Adelson et Shapiro, 1975). En bref, il ne suffirait pas de savoir que des mères adolescentes ont été victimes de maltraitance et qu'elles sont à risque d'APPM. Il importe de s'intéresser à leur expérience de maltraitance et d'en saisir les particularités ainsi que les conséquences potentielles spécifiques à celle-ci (Carlson et Dalenberg, 2000; Miller, 1991; Smith, 1996). En lien avec ceci, la section qui suit présente le cadre d'analyse utilisé pour le projet de recherche et ses postulats.

1.4. Cadre d'analyse : La théorie axée sur le traumatisme

La théorie axée sur le traumatisme a d'abord été élaborée aux États-Unis dans une visée d'amélioration des services cliniques offerts aux mères considérées comme étant vulnérables au plan psychosocial et à risque de maltraiter leur enfant (Fraiberg, Adelson et Shapiro, 1975). Avec les années, les chercheurs ont repris cette théorie pour accroître les connaissances empiriques sur la maltraitance. À la base, elle était axée sur les expériences négatives antérieures du parent et leurs conséquences persistantes. Or, le développement, dans les années 80, de traitements psychothérapeutiques axés sur la résolution de difficultés psychologiques découlant d'un traumatisme non résolu (Cohen et Mannarino, 2008; Rothstein, 1986), ainsi que l'inscription du Trouble de stress post-traumatique (TSPT) dans la troisième

édition du *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-III) (APA, 1980) et dans la dixième édition de la Classification internationale des maladies (CIM-10) (OMS, 1993), réorientent la conception de la théorie vers les conséquences psychologiques et pathologiques de la maltraitance. D'ailleurs, elle est souvent utilisée pour aborder les traumatismes culturels pouvant découler d'actes de guerres ou de génocides et affecter une communauté à grande échelle (Caruth, 1996). Ainsi, les repères mis de l'avant par la théorie axée sur le traumatisme invitaient à un changement de paradigme et soulignaient le fait que les personnes ayant vécu des situations d'adversité les ayant affectées sur le plan psychologique ne sont pas vouées à vivre avec leurs difficultés pour le reste de leurs vies. Ces personnes seraient plutôt temporairement heurtées et il importe de leur offrir le soutien nécessaire à leur réadaptation (Center for nonviolence and social justice, 2014). Ceci dit, dans le cadre de cette thèse, la théorie sera utilisée dans son sens premier. L'accent sera alors mis sur l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance par la mère adolescente et non sur la présence ou les manifestations du TSPT.

Même si plusieurs théories auraient pu être utilisées comme cadre d'analyse pour cette thèse (certaines d'entre elles seront, d'ailleurs, abordées en parallèle), nous considérons que la théorie axée sur le traumatisme est celle qui permet le mieux d'appuyer les questions de recherche et les analyses qui seront menées. Elle invite à mettre l'accent sur l'hétérogénéité des expériences de maltraitance subie dans l'enfance et permet de comprendre comment les difficultés qui en découlent sont associées à l'apparition de difficultés parentales et au risque d'APPM chez le parent. Les deux sous-sections qui suivent présentent donc, respectivement, les repères cliniques sur lesquels est basé la théorie axée sur le traumatisme, ainsi que ses fondements théoriques.

1.4.1. Les repères cliniques à la base de la théorie axée sur le traumatisme

La théorie axée sur le traumatisme a été mise de l'avant par trois cliniciennes et auteures au milieu des années 1970, soit Selma Fraiberg (travailleuse sociale), Edna Adelson (psychologue) et Vivian Shapiro (travailleuse sociale). Elles ont publié un article saillant ayant

abordé la question des conséquences de l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance qui se manifestent en contexte de parentalité. Cet article intitulé *Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships* (1975) qui, à la base, met de l'avant des constats cliniques pour l'intervention en travail social, est devenu une référence dans la littérature portant sur les expériences de maltraitance dans l'enfance, sur les conséquences persistantes sur le fonctionnement parental d'une personne et sur le risque d'APPM. Il permet encore, plus de 40 ans après sa publication, de justifier l'importance d'étudier l'expérience de maltraitance du parent lorsqu'il est question de prévention de l'APPM.

L'article de Fraiberg et ses collègues (1975) a été un des premiers à mettre l'accent sur l'aspect insidieux des expériences négatives antérieures et sur leur transmission intergénérationnelle. Pour ce faire, les auteurs font référence à des « fantômes » qui hantent les personnes qui souffrent toujours d'une expérience antérieure douloureuse. Ces « fantômes » apparaissent au moment où une personne tente d'ignorer ou d'oublier cette expérience, et ce même si elle semble avoir réussi à le faire. Les « fantômes » sont ceux qui « représentent la répétition du passé dans le présent » [traduction libre] (Fraiberg *et al.*, 1975, p. 389). Ils resurgissent sans préavis et sans merci, ramenant la personne à son expérience douloureuse. À cet effet, les auteurs expliquent:

« In every nursery, there are ghosts. They are the visitors from the unremembered past of the parents, the uninvited guests at the christening. Under all favorable circumstances, the unfriendly and unbidden spirits are banished from the nursery and return to their subterranean dwelling place. This is not to say that ghosts cannot invent mischief from their burial places. Even among families where the love bonds are stable and strong, the intruders from the parental past may break through the magic circle in an unguarded moment, and a parent and his child may find themselves re-enacting a moment or a scene from another time with another set of characters. » (p. 387)

Dans un sens, Fraiberg et ses collègues (1975) ont été parmi les premières à aborder les aspects du TSPT, tel qu'on le comprend aujourd'hui, notamment en faisant référence à certains de ses symptômes (notamment, l'intrusion et la dissociation). Or, elles discutent surtout des effets de ces symptômes sur la capacité d'une victime à établir une relation avec

son enfant basée sur le sentiment de sécurité et la stabilité, sans accorder d'importance à l'aspect psychopathologique ou au diagnostic pouvant en découler. Elles abordent également l'incapacité à réaliser des tâches parentales qui apparaissent simples mais qui ont le potentiel de replonger la victime dans ses souvenirs et dans son passé douloureux.

« There are, it appears, a number of transient ghosts who take up residence in the nursery on a selective basis. They appear to do their mischief according to a historical or topical agenda, specializing in such areas as feeding, sleep, toilet training or discipline, depending upon the vulnerabilities of the parental past. »
(p. 388)

Alice Miller (1991a, 1991b, 2001, 2005, 2009), docteure en psychologie, psychothérapeute et théoricienne clinique, s'étant abondamment intéressée aux conséquences persistantes des méthodes éducatives coercitives et de l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance, abonde dans le même sens que Fraiberg et ses collègues. Elle suggère que plusieurs tâches parentales considérées comme étant simples à réaliser et qui impliquent de dispenser des soins de base à l'enfant, peuvent représenter un défi de taille pour des mères dont la propre expérience de maltraitance continue de les tourmenter. Elle explique que les personnes n'ayant pas pu comprendre en profondeur les expériences de maltraitance qu'elles ont subi dans leur enfance peuvent éprouver une importante difficulté à entrer en contact et à établir des liens affectifs solides avec autrui qui se traduit par une cécité émotionnelle – une impossibilité à voir et à ressentir leur propre souffrance (Miller, 2001). Ce que Miller met de l'avant est la normalisation d'une expérience qui s'avère, en réalité, exceptionnelle. En effet, elle soutient que des expériences de maltraitance subie dans l'enfance, qui prendraient notamment la forme de mauvais traitements psychologiques ou d'abus physique, sont considérées comme étant des méthodes éducatives, ce qui suffit à justifier de ne pas de s'y attarder, peu importe les conséquences qu'elles peuvent avoir sur l'enfant les ayant subies. L'enfant grandit, alors, en n'ayant pas été validé dans sa souffrance. Or, lorsqu'il deviendra parent à son tour, Miller soutient qu'il pourrait reproduire ces mêmes comportements parentaux puisqu'il n'aura jamais réalisé que ceux-ci sont néfastes.

Dans cet esprit, il est possible de penser que ce concept, s'apparentant à celui de la répétition du scénario (issu du courant psychodynamique) pourrait s'expliquer par des

processus mis de l'avant par la théorie de l'apprentissage social pour expliquer la problématique de la transmission intergénérationnelle de la maltraitance. Dans cette théorie, il est question du cycle de la violence et des principes d'influence et de renforcement. En effet, les comportements agressifs et la violence seraient appris durant l'enfance par modelage. Ces comportements seraient assimilés et intégrés par l'enfant qui les reconnaît comme étant des moyens, voir les seuls moyens, pour résoudre des conflits ou pour surmonter les défis qui se présentent à lui (Gibb, Schofield et Coles, 2009). Ce principe est davantage pertinent en contexte de parentalité. En effet, ce ne serait pas une imitation des comportements en tant que tel qui serait associée à la transmission de la maltraitance d'une génération à l'autre, mais bien une reproduction des dynamiques et des modèles relationnels qui auraient été intégrés et qui se manifesteraient lorsque les enfants devenus adultes sont replongés dans les situations qui soulèvent et réactivent chez eux de vieux patterns appris, notamment lorsqu'ils entrent en interaction avec leur propre enfant (Berlin, Appleyard et Dodge, 2011). Ces patterns pourraient s'apparenter à ce que Skinner avait identifié comme étant des comportements régis par des règles (traduction libre de *rule governed behaviors*) (Hayes, 1989; Zimmerman et Rosenthal, 1974).

Ce postulat justifie l'importance de s'attarder à la diversité de l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance pour comprendre ce que la jeune mère est à risque de reproduire à l'égard de son propre enfant. Or, il s'agit de s'éloigner d'une vision unilatérale simpliste du problème du type « elle a subi de l'abus physique : elle a été frappée, donc elle frappe » et d'adhérer à une vision globalisante du type « elle a appris que l'on communique, socialise, agit et réagit de cette manière, selon son expérience personnelle (les comportements appris selon ces règles et intériorisés) donc c'est ce qu'elle fait ». Miller (2001) utilise d'ailleurs l'exemple du virus pour expliquer l'importance de s'intéresser à cette transmission involontaire de la maltraitance. Elle affirme que, tout comme lorsqu'il est question de prévention de maladies contagieuses, il importe de sensibiliser les personnes à leurs propres expériences et à leurs conséquences persistantes, dans le but de prévenir la transmission de la souffrance et d'éviter la multiplication des victimes. Fraiberg et ses collègues abordent également ce concept. Dans ce type de situation, elles suggèrent, elles aussi, que l'enfant devient une victime à son tour, « [...] *a silent partner in a family tragedy* » (p. 388). Cette

victimisation peut se traduire par une négligence ou une maltraitance perpétrée par le parent lui-même ou par un tiers que le parent n'est pas en mesure de contrer ou d'empêcher. L'enfant devient alors en quelque sorte, lui-aussi, une victime de l'expérience de maltraitance subie par sa mère, sans filet de sécurité pour le rattraper et pour le soutenir dans sa victimisation.

Cependant, Fraiberg et ses collègues (1975) sont loin d'être fatalistes. Les auteurs font état des nombreuses histoires de succès parentaux réalisés par des mères ayant subi des expériences de maltraitance dans l'enfance, notamment celles où l'enfant sert d'agent de motivation et de bonheur. Elles insistent sur le fait que « *history is not destiny* » (p. 389). À cet effet et dans le même ordre d'idées que celles de la théorie de l'apprentissage social, un écrit récent de Lacharité, Pierce, Calille, Baker et Pronovost (2015) présente deux concepts de processus mentaux pouvant expliquer les patterns de transmission de comportements parentaux indésirables, soit la reproduction et la compensation. La reproduction fait référence à un comportement parental qui s'apparente à ceux que le parent a lui-même subi dans son enfance par son propre parent (par exemple, utiliser les mêmes méthodes éducatives déraisonnables). Par ailleurs, la compensation fait référence à un comportement parental opposé qui implique que le parent agit avec son enfant de manière à corriger les failles qu'il a lui-même subies dans son enfance (par exemple, faire preuve d'affection pour combler son propre besoin généré par l'absence d'affection ressentie dans son enfance). La littérature portant sur les grossesses désirées chez certaines adolescentes ayant vécu d'importantes expériences d'adversité psychosociale (c.-à-d., maltraitance, placement, etc.) pourrait, d'ailleurs, s'inscrire dans ce courant. Tel que mentionné préalablement, ces jeunes mères pourraient percevoir la maternité comme étant une chance de se prendre en main et de former une nouvelle famille leur permettant de s'épanouir au plan affectif (Aparicio, Pecukonis et O'Neale, 2015; Pryce et Samuels, 2010; Haight *et al.*, 2009). Ceci suggère que, certaines mères utilisant des processus de compensation pourraient alors être moins à risque d'APPM que leurs pairs utilisant plutôt des mécanismes de reproduction, puisqu'elles n'adhèrent pas à ce qu'elles ont elles-mêmes connu en termes de comportements parentaux. Ceci dit, Fraiberg et ses collègues (1975) se penchent sur ce qui fait qu'une victime poursuivra, ou non, le cycle de la transmission de la maltraitance :

« We began with the question to ourselves: “Why can’t this mother hear her baby’s cries? The answer to the clinical question is already suggested in the mother’s story. This is a mother whose own cries have not been heard. There were, we thought, two crying children in the living room. » (p. 395)

Cette citation est éloquent. Les auteurs affirment que les pleurs de la mère ne sont pas entendus. À défaut de dire que ses pleurs n’ont pas été entendus dans le passé, elles utilisent un temps de verbe au présent. Ceci suggère que la mère souffrirait toujours. Sa souffrance serait encore bien réelle, mais surtout *vive*. Elle continue de lui nuire et de l’empêcher d’avancer. Ces propos invitent à réfléchir sur le principe de la construction de soi : comment bâtir un adulte fort, alors que l’enfant frêle tremble toujours? Ainsi, l’intervention d’accompagnement qui est offerte aux mères ayant subi de la maltraitance dans l’enfance se doit d’abord de les aider dans la résolution des difficultés et des conséquences qui en découlent et qui continuent de les faire souffrir. Pour ce faire, il semble nécessaire que l’intervention s’adapte à la réalité vécue par les mères, en considérant l’ensemble de leur parcours depuis leur enfance. Ceci éviterait qu’elles ne soient confrontées à des objectifs d’intervention qui leur apparaissent inatteignables ou qui s’éloignent de leurs attentes. De plus, considérant que les conséquences associées à l’expérience de maltraitance se manifesteraient différemment selon les formes de maltraitance (Carlson et Dalenberg, 2000), il semble important d’en saisir les particularités et de distinguer les différentes formes de maltraitance subie. Ceci serait particulièrement pertinent dans un contexte d’intervention auprès de jeunes mères, puisque ce serait pendant la période de l’adolescence que les conséquences engendrées par la maltraitance subie dans l’enfance commencent à prendre forme, à se cristalliser et à se manifester différemment en fonction des formes de maltraitance subie (Gamache Martin, Van Ryzin et Dishion, 2016).

Or, si au début des années 80, les approches d’intervention en maltraitance reposaient davantage sur la considération de facteurs personnels chez le parent (notamment, l’expérience de maltraitance subie dans l’enfance) (Bouchard, 1983), aujourd’hui, en travail social et dans le cadre des programmes d’intervention destinés aux parents en situation de précarité

psychosociale, les approches psychoéducatrice ou cognitive-comportementale (Chamberland et Durning, 2009; MSSS, 2004; OTSTCFQ, 2012) sous le modèle écologique (Gagné, Richard et Dubé, 2015) sont généralement utilisées. Elles visent l'atteinte d'objectifs observables et mesurables et axent les interventions sur la recherche de solutions et la responsabilisation de la personne face à l'application de solutions (Beck, 2011). Ces approches ne requièrent pas d'emblée de porter une attention particulière aux conséquences persistantes des expériences antérieures de la mère. En effet, ce type d'approche vise l'atteinte d'objectifs standardisés et prédéterminés par l'offre de services, ce qui semble tout indiqué dans le cadre d'un programme d'intervention structuré. Cependant, ceci comporte le risque de s'éloigner des besoins spécifiques pouvant découler de la trajectoire de vie de la personne se trouvant au cœur de l'intervention (Sensky, 2002). Or, dans la même lignée que les propos mis de l'avant par Fraiberg et ses collègues (1975) et par Miller (1991a, 1991b, 2001, 2005, 2009), lorsqu'il est question de prévention de l'APPM chez des mères ayant elles-mêmes vécu une expérience de maltraitance dans l'enfance, de nombreux auteurs suggèrent qu'une intervention davantage axée sur la résolution des difficultés conséquentes à l'expérience de maltraitance serait optimale (Berthelot, Ensink et Drouin-Maziade, 2016; Berthelot, Ensink et Normandin, 2013, 2014; Brophy-Herb et Sterling Honig, 1999; Ensink, Berthelot, Bernazzani, Normandin et Fonagy, 2014; Ensink, Normandin, Plamondon, Berthelot et Fonagy, 2016; Hodgkinson, Beers, Southammakosane et Lewin, 2014; Lieberman, 2014; Lieberman, Padrón, Van Horn et Harris, 2005; Malone et Dayton, 2015; Malone, Levendosky, Dayton et Bogat, 2010; Mayers, Hager-Budny et Buckner, 2008; Osofsky, 2005; Seng, Sperlich, Kane Low, Ronis, Muzik et Liberzon, 2013; Sirois, Berthelot, Drouin-Maziade, Germain et Martel, 2015). Plusieurs auteurs recommandent également que ce type d'intervention soit mise en œuvre et intégrée dans la pratique en travail social (Adams et Kocik, 1997; Fraiberg, Adelson et Shapiro, 1975; Huebner, Dunlop et Case, 2004; Payne et Anastas, 2015). Les travailleurs sociaux, de par leur formation et leur perspective biopsychosociale, seraient particulièrement bien outillés pour évaluer de manière approfondie les difficultés que présentent les jeunes mères au plan de leur vécu de maltraitance, aspect qui est trop souvent ignoré dans les contextes d'intervention dans lesquels ils œuvrent (Payne et Anastas, 2015).

À cette fin, selon Fraiberg et ses collègues (1975), « *when this mother's own cries are heard, she will hear her child's cries.* » (p. 396) Il faut donc que la mère puisse devenir disponible, en la soutenant dans un processus de résolution de ses conflits et l'apaisement de sa souffrance, à s'occuper de son enfant et à lui accorder, à son tour, le soutien affectif qu'il requiert pour se développer et s'épanouir. Pour ce faire, une compréhension de son expérience est essentielle. En comprenant la nature de cette expérience, il devient possible d'accorder une signification à ses conséquences, au lieu de les comprendre uniquement en fonction du risque ou des altérations qu'elles engendrent. Leur nature, leur effet potentiellement persistant, ainsi que le risque que celui-ci soit transmis aux générations suivantes peuvent alors être abordés de manière intégrée. Une analyse des différentes expériences de maltraitance subies dans l'enfance par les mères adolescentes et des conditions qui y sont associées s'avère donc nécessaire puisqu'elle permettrait d'offrir des repères pouvant être utiles pour la détection de la maltraitance, tant subie que commise, en contexte d'intervention. Ainsi, Miller (1991b) suggère que la reconnaissance de l'expérience de maltraitance par la personne l'ayant subie passe d'abord et avant tout par le soutien de la société dans laquelle elle évolue. La reconnaissance de l'expérience et de l'importance de s'y attarder de manière approfondie doit d'abord s'opérer chez les chercheurs, décideurs, intervenants et autres qui viendront ensuite soutenir la personne dans sa propre démarche de reconnaissance et de réadaptation.

1.4.2. Les fondements de la théorie axée sur le traumatisme

D'entrée de jeu, il importe de souligner que la théorie axée sur le traumatisme ne constitue pas une théorie que l'on pourrait qualifier de scientifique. En effet, celle-ci ne répond pas aux différents critères permettant d'assurer sa scientificité, soit l'évaluation de la cohérence et de la validité des repères, la validation de la logique dans laquelle ils s'inscrivent, ainsi que la comparaison à d'autres théories permettant d'évaluer la convergence (Popper, 1963). Ceci dit, il serait particulièrement ardu de faire valoir le caractère scientifique des théories qui s'inscrivent dans le courant psychosocial et psychodynamique, puisqu'elles portent sur des procédés sociaux et psychologiques propres à chaque personne. Il est, alors, possible d'observer des similitudes entre les personnes, mais jamais des répétitions identiques

de procédés qui permettraient de tester la validité de la théorie (Popper, 1963). À cet effet, notre recension des écrits permet de constater que très peu d'études abordant le sujet de la maltraitance subie dans l'enfance et ses conséquences potentielles présentent de manière explicite le cadre d'analyse ayant guidé leurs travaux. Alisic et ses collègues (2011), après avoir mené une méta-analyse d'études empiriques portant sur ce sujet, sont d'ailleurs arrivés à la même conclusion : il semble y avoir des lacunes sur le plan de la théorisation dans le champ de la maltraitance dans l'enfance. Ceci pourrait être dû au fait qu'il est ardu, voire impossible, d'aborder ses conséquences potentielles en fonction d'un simple modèle, aussi sophistiqué soit-il, dû à leur complexité et aux multiples facteurs pouvant influencer la réponse d'une personne face à son expérience (Saakvitne, Tennen et Affleck, 1998). Or, à défaut d'avoir la possibilité d'utiliser un cadre théorique validé selon ces paramètres, ces théories peuvent être utilisées comme cadre d'analyse. En effet, celles-ci mettent tout de même de l'avant des propositions cliniques importantes et pertinentes à une démarche scientifique et à la création de connaissances empiriques que le chercheur se doit d'identifier dans le cadre de son projet de recherche (Popper, 1963).

Ceci dit, peu d'auteurs, surtout en travail social, ont abordé la théorie axée sur le traumatisme dans un contexte de recherche empirique. Même si elle est plutôt utilisée pour mettre de l'avant des techniques d'intervention visant à soutenir les personnes en lien avec leur expérience de maltraitance, son contenu demeure pertinent pour la recherche car il permet de comprendre les mécanismes ou processus derrière les conditions associées à l'APPM. De plus, elle permet de s'intéresser aux conséquences de la maltraitance de manière intégrée, selon l'ensemble des dimensions pouvant en être affectées chez la personne.

Dans leur article qui vise à présenter un modèle conceptuel de la théorie axée sur le traumatisme, Carlson et Dalenberg (2000) offrent une synthèse des différentes manifestations des conséquences d'une expérience négative antérieure chez la personne, notamment une expérience de maltraitance et ses différentes formes, qui sont susceptibles de l'affecter au plan des différentes dimensions de son fonctionnement. Tout comme Fraiberg et ses collègues (1975), Carlson et Dalenberg (2000) abordent les conséquences de l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance comme étant multifactorielles. Ils mettent de l'avant quatre

dimensions pouvant être affectées par l'expérience de maltraitance, soit cognitive, affective, comportementale et physiologique. Or, ils ajoutent également une cinquième dimension dite « multiple » qui vise à prendre en considération les manifestations complexes qui affectent une personne sur différents plans et de manière simultanée. Cet ajout rend justice à la complexité de la problématique et de ses conséquences, aspect qui, à travers les écrits scientifiques, représente un frein à la modélisation de la théorie axée sur le traumatisme (Saakvitne, Tennen et Affleck, 1998).

Modéliser la théorie en fonction des conséquences découlant d'une expérience de maltraitance subie dans l'enfance met l'accent sur l'importance de les détecter, mais également sur le fait que celles-ci peuvent être insidieuses et se dissimuler sous d'autres manifestations plus apparentes tels que des problèmes connexes de santé mentale ou, dans le cas des parents, les difficultés parentales. Les multiples expériences de traumatisme représenteraient ainsi un facteur de compromission non-négligeable dans la trajectoire développementale des jeunes victimes (Milot, Collin-Vézina et Milne, 2016). Elles seraient également associées à un développement non optimal des compétences, notamment au plan des fonctions cognitives et exécutives, ainsi qu'au plan du développement personnel (Milot, Collin-Vézina et Milne, 2016).

À cet effet, un concept en émergence, soit celui de l'État de stress posttraumatique complexe (ESPT-C), va au-delà du TSPT tel que conçu dans une visée diagnostique. En bref, il témoigne d'abord de l'expérience de maltraitance subie par la personne, caractérisée par une exposition répétée et prolongée, mais aussi des conséquences de cette expérience sur le développement de la victime (Milot, Collin-Vézina et Milne, 2016). Il vise à faire état des multiples conséquences de la maltraitance qui ne sont pas nécessairement prises en compte dans la description formelle du TSPT (Baril et Tourigny, 2015; Cook, Spinazzola, Ford, Lanktree, Blaustein, Cloitre *et al.*, 2009; Milot, Collin-Vézina et Milne, 2016; Terr, 1991). Ceci invite à accorder moins d'importance à l'identification diagnostique et à la nomenclature des différents troubles présents chez la personne pour s'attarder davantage aux séquelles et aux difficultés d'ordres psychologique, développemental et fonctionnel qui en découlent (Baril et Tourigny, 2015; Terr, 1991). Dans un contexte de recherche portant sur une population

adolescente, ceci serait d'autant plus pertinent, en raison des taux élevés de comorbidité qui rendent ardu l'identification d'un diagnostic clair, sans compter que les conséquences potentielles de l'expérience subie varient d'une personne à l'autre (Bosma, 2006; Cicchetti et Toth, 1995; Cicchetti et Rogosch, 1997). Ceci est complémentaire aux repères mis de l'avant par la théorie axée sur le traumatisme. En effet, dans le cadre de cette théorie, c'est l'expérience de maltraitance en soi, ainsi que les conséquences et conditions spécifiques qui y sont associées, qui sont mises de l'avant.

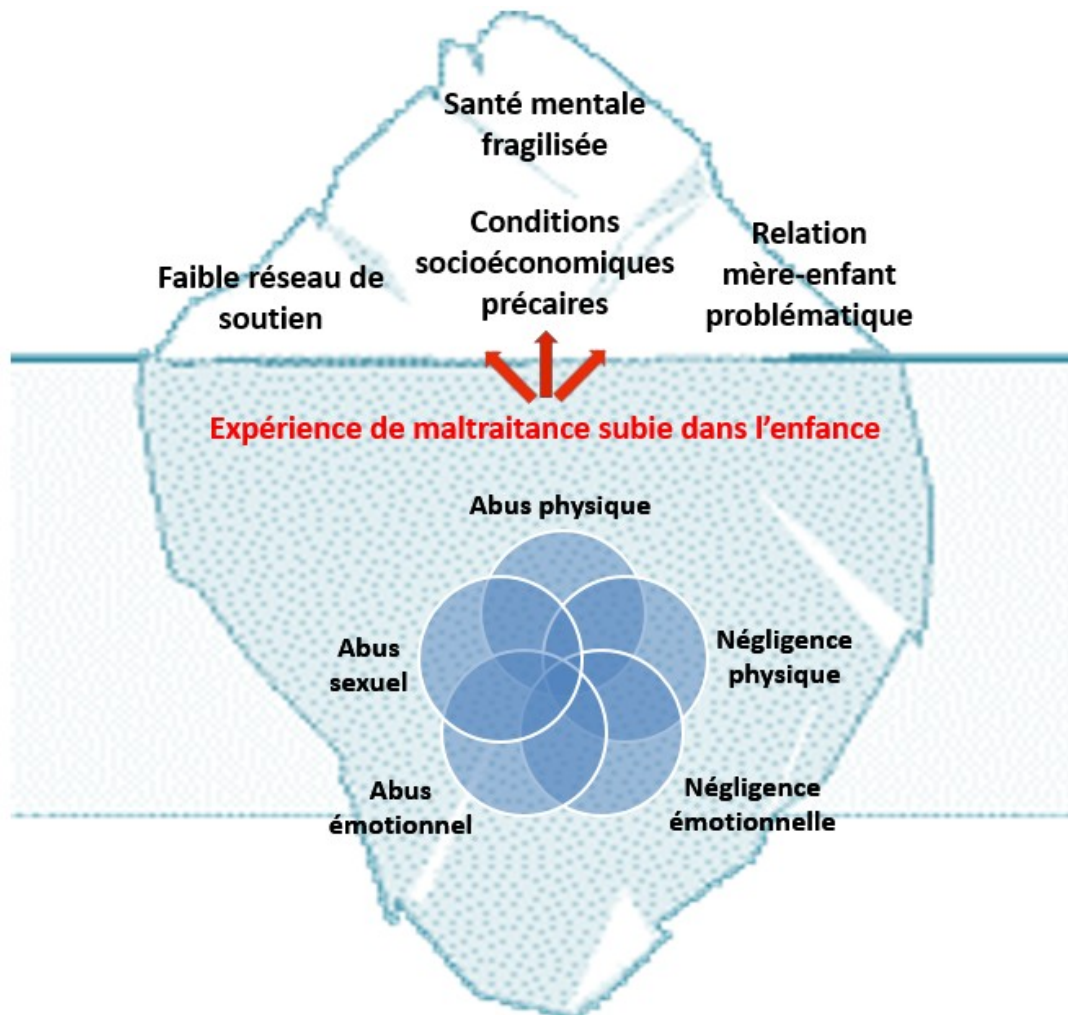
Ainsi, une personne qui s'intéresse à la difficulté, par exemple, qu'éprouve une mère à être chaleureuse avec son enfant devrait aborder l'enjeu non pas en fonction de cette difficulté, mais bien en fonction du mécanisme ou processus qui l'alimente (Carlson et Dalenberg, 2000). La difficulté devient avant tout le *résultat* (une conséquence, une manifestation) de quelque chose et non la *cause* d'un comportement parental inadéquat. En tenant compte du *résultat*, il est alors possible d'étudier le phénomène de la transmission intergénérationnelle en fonction des liens possibles avec les conditions qui y sont associées. En ce sens, selon les repères théoriques mis de l'avant par Fraiberg et ses collègues (1975) et par Carlson et Dalenberg (2000), une étude visant à comprendre les mécanismes ou processus associés à l'APPM doit s'intéresser aux conditions pouvant mener à celle-ci ainsi qu'à leurs associations à l'expérience de la personne. Ceci implique donc de comprendre avant tout l'expérience de maltraitance de la personne, en s'attardant à ses formes et à ses cooccurrences (Smith, 1996). On vise alors à comprendre ce qui compose l'expérience de maltraitance d'une personne à défaut de s'intéresser uniquement à celle-ci comme un tout de manière dichotomique (c.-à-d., victime de « maltraitance » vs. non victime de « maltraitance », au sens large du terme). L'analyse et la mise en lumière des comportements maltraitants en soi envers l'enfant et à la prévalence de ceux-ci deviennent alors secondaires car ils ne permettent pas de saisir ce qui a pu mener à l'APPM. Ils ne permettent que de décrire la situation dans laquelle se déploie l'APPM, ce qui pourrait représenter un frein à la prévention.

Par ailleurs, la théorie axée sur le traumatisme souligne l'importance des facteurs pouvant influencer la réaction d'une personne face à son expérience d'adversité, ainsi que son adaptation à celle-ci, notamment les conditions socioéconomiques, mais également familiales

et personnelles, ce qui inclut les relations avec les parents, le soutien offert par l'entourage et la présence de problèmes de santé mentale (Carlson et Dalenberg, 2000). Carlson et Dalenberg mettent l'accent sur le fait que l'expérience de maltraitance est complexe et qu'elle est susceptible d'affecter la personne de manière fragmentée et sur différents plans. Tel qu'il sera mis de l'avant dans la recension des écrits, la situation socioéconomique précaire, la santé mentale fragilisée, le faible réseau de soutien, ainsi que la relation mère-enfant problématique, sont tous des facteurs considérés comme étant associés à la transmission intergénérationnelle de la maltraitance. Lacharité et ses collègues (2015) soulignent, d'ailleurs, l'importance que revêt le réseau de soutien dans la compréhension de cette problématique. En effet, Lacharité et ses collègues affirment qu'un parent est susceptible de reproduire les mêmes comportements parentaux que ses propres parents manifestaient à son égard, mais également ceux des autres personnes autour de lui. Dans un contexte de recherche, ceci met de l'avant l'importance d'aborder le réseau de soutien de la mère non pas uniquement en fonction de celui offert par son conjoint ou sa propre mère, mais également en fonction de celui offert par l'entourage élargi, également susceptible d'influencer la mère adolescente.

Ceci dit, une analyse de ces conditions contribuant au risque d'APPM ne suffit pas. Selon la théorie axée sur le traumatisme, l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance par le parent se doit d'être placée au premier plan. La Figure 1 propose une modélisation de la compréhension des conditions associées à l'APPM chez les mères adolescentes selon les aspects mis de l'avant par la théorie axée sur le traumatisme.

Figure 1. Modélisation du risque d'APPM chez les mères adolescentes selon les repères de la théorie axée sur le traumatisme



La Figure 1 reprend la métaphore de l'iceberg, utilisée pour illustrer une réalité bien présente mais souvent masquée par d'autres éléments qui apparaissent plus importants d'aborder ou plus accessibles dans le cadre d'une étude. Les études tendent, ainsi, à mettre de l'avant les conditions observables sur lesquelles sont axées les interventions (haut de l'iceberg), pour aborder le risque d'APPM. Or, ceci contribue à ignorer des éléments clés qui, en réalité, pourraient être la *source* des difficultés plus apparentes (bas de l'iceberg). En

contexte de recherche, minimiser ou ignorer les éléments qui sont masqués (en omettant d'évaluer leur présence ou en les abordant de manière partielle) contribue à limiter la compréhension de la réalité des jeunes mères, de leurs difficultés ainsi que du risque d'APPM. L'intervention est, alors, peu adaptée et ne peut offrir une réponse optimale aux besoins des jeunes mères. Dans une optique de prévention de la maltraitance, ceci apparaît contre-productif. C'est d'ailleurs ce que la théorie axée sur le traumatisme suggère : les études s'intéressant à la problématique de la transmission intergénérationnelle de la maltraitance devraient s'attarder à l'expérience de maltraitance des mères, de manière plus détaillée, ce qui implique d'en comprendre les formes, leur cooccurrence et leur association aux conditions associées à l'APPM.

1.5. Objectif de la recherche

L'objectif de cette recherche est d'explorer l'association entre l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance chez des mères adolescentes québécoises et les conditions observables chez ces dernières qui sont considérées fortement associées à l'APPM dans la littérature. Or, en cohérence avec les repères mis de l'avant par la théorie axée sur le traumatisme, une étude approfondie permettant de distinguer l'expérience de maltraitance des jeunes mères doit d'abord être réalisée. Ceci permettra de comprendre la nature des différentes expériences (en tenant compte de la cooccurrence des formes de maltraitance subie dans l'enfance) pour ensuite explorer leur association à des conditions reconnues comme étant associées à l'APPM chez les mères adolescentes.

Dans le cadre de cette recherche, il ne s'agit donc pas de mesurer directement l'APPM chez les mères adolescentes, ni la commission de la maltraitance en soi. Ceci a déjà été fait à maintes reprises, dans divers contextes de recherche. Nous nous attarderons plutôt aux conditions reconnues dans la littérature comme pouvant mener à l'APPM chez ces mères et leurs liens potentiels aux différentes expériences de maltraitance subie dans l'enfance par les jeunes mères. Nous considérons que ceci permettra d'offrir de nouveaux repères empiriques

pouvant soutenir une intervention préventive auprès des jeunes mères et leur enfant, en tenant compte de la face cachée de la trajectoire des jeunes mères.

Chapitre 2 : Recension des écrits

Ce chapitre présente une recension des écrits permettant de dresser un bilan des connaissances pertinent à cette thèse. La recherche bibliographique a été réalisée à l'aide des bases de données PsycINFO, Medline, ERIC, Francis, Cairn et Érudit. Le moteur de recherche Google Scholar a également été utilisé afin de repérer les articles les plus fréquemment cités et des documents pertinents issus de la littérature grise. Enfin, les listes de références des articles recensés ont été consultées. Les principaux concepts à l'étude étaient Parentalité à l'adolescence, Expérience de maltraitance et Adoption de pratiques parentales maltraitantes, ainsi que leurs synonymes et traductions anglophones. Les principaux descripteurs utilisés étaient Teen mother*, Adolescent mother*, Young mother*, (history of) Child* abuse et Maltreatment, ainsi que leurs traductions francophones (voir Annexe 1). La recherche bibliographique a débuté en septembre 2010 et s'est poursuivie tout au long de la rédaction de la thèse dans le but de l'alimenter des articles les plus récents. Dans l'ensemble, seuls les articles publiés à partir de l'an 2000 ont été retenus afin de refléter l'état récent des connaissances. Les articles parus avant l'an 2000 qui sont inclus dans cette recension des écrits sont des ouvrages saillants sur le sujet. Les études empiriques, les méta-analyses, ainsi que les revues systématiques publiées dans des journaux académiques et révisées par des comités de pairs ont été privilégiées. Ultimement, une centaine d'articles qui se sont avérés être les plus pertinents ont été retenus pour réaliser le bilan de connaissances. Dans ce chapitre, les études empiriques seront citées quant à leurs résultats. S'il y a lieu, des éléments méthodologiques significatifs seront précisés. Pour plus de détails concernant les principales études empiriques recensées, l'Annexe 2 propose un tableau synthèse de celles-ci qui comprend des informations sur le contexte de l'étude, la méthode, ainsi que les principaux résultats et constats mis de l'avant.

Deux concepts sont centraux à cette étude, soit (a) l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance et (b) les conditions associées à l'APPM chez les mères adolescentes. La recension des écrits porte donc essentiellement sur ces deux concepts. Or, avant tout, il

importe de mettre de l'avant que l'expérience de maltraitance n'étant pas unidimensionnelle, les conséquences potentielles qui y sont associées diffèrent selon les formes de maltraitance subie. Ces conséquences ont le potentiel d'affecter la personne sur différents plans. En ce sens, comprendre les conséquences qui sont associées à l'expérience de maltraitance selon ses différentes formes représente la première étape à l'identification des conditions qui, pour la mère adolescente, pourraient être associées à l'APPM envers son enfant. Une première section sera donc consacrée à la synthèse des différentes conséquences pouvant potentiellement découler des différentes formes de maltraitance subies dans l'enfance. Or, à cet égard, au terme de la recension des écrits portant sur les mères adolescentes et la transmission intergénérationnelle de la maltraitance, force est de constater que peu de distinctions sont identifiées entre les conséquences de la maltraitance subie et les conditions associées à l'APPM. Ainsi, pour cette section, nous avons donc jugé bon d'élargir notre recension des écrits vers les études portant sur la population générale. Ce chapitre se terminera par une synthèse des constats qui découlent de la recension des écrits, ainsi que par le but et les questions qui guideront le projet de recherche dont il est question dans cette thèse.

2.1. Conséquences potentielles de l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance

Depuis la fin des années 70, alors que l'article saillant intitulé *The battered-child syndrome* (Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller et Silver, 1979) faisant état des conséquences de l'abus physique chez les enfants a été publié, l'activité scientifique portant sur la maltraitance s'est grandement développée. Il est généralement admis, aujourd'hui, qu'une expérience de maltraitance peut avoir des conséquences graves sur la personne l'ayant subie, particulièrement lorsqu'elle survient pendant la période cruciale du développement qu'est l'enfance (De Bellis, Keshavan, Shifflett, Iyengar, Beers, Hall *et al.*, 2002; Leeb, Lewis et Zolotor, 2011). La gravité des conséquences potentielles de l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance suggère qu'une prise en charge psychosociale est requise pour tenter de minimiser leur persistance dans le temps. Or, la proportion de signalements reçus par les organismes de protection de la jeunesse sous-estimerait la réalité et la véritable étendue de la problématique de maltraitance à l'égard des enfants (Saint-Jacques, Turcotte, Drapeau,

Villeneuve et Ivers, 2009). Ainsi, par manque de détection, de soutien et de prise en charge, il arrive donc que les conséquences de la maltraitance s'aggravent et se cristallisent jusqu'à l'apparition ou au maintien de séquelles psychosociales persistantes ou d'une pathologie.

Des problèmes de comportements, divers symptômes somatiques, ainsi que des atteintes neurobiologiques peuvent hypothéquer la qualité de vie, le fonctionnement et la santé de la personne tout au long de son développement jusqu'à l'âge adulte (Cicchetti et Toth, 1995; Glaser, 2000; Gamache Martin, Van Ryzin et Dishion, 2016; Twardosz et Lutzker, 2010). Lorsque les conséquences de la maltraitance subie dans l'enfance perdurent jusqu'à l'adolescence, celles-ci sont susceptibles de se manifester en problèmes de santé mentale comme la dépression et mener à des troubles intériorisés ou extériorisés de comportement (Hazen, Connelly, Roesch, Hough et Landsverk, 2009). L'expérience de maltraitance dans l'enfance serait également associée au risque accru de développer un TSPT, tel que répertorié dans le DSM (APA, 2013), qui représente une des manifestations les plus graves du traumatisme non résolu chez la personne (Berthelot, Ensink, Bernazzani, Normandin, Luyten et Fonagy, 2015; Ensink *et al.*, 2014; Hébert et Cyr, 2013; Milot, Collin-Vézina et Milne, 2016; Taïeb, Baubet, Pradère, Lévy, Revah-Lévy, Serre *et al.*, 2004; Yule, Bolton, Udwin, Boyle, O'Ryan et Nurrish, 2000). Or, le TPST serait un facteur de risque associé au développement d'autres problèmes de santé mentale chez les personnes qui en souffrent (Asselmann, Wittchen, Lieb, Hofler et Beesdo-Baum, 2015), ainsi qu'à la transmission intergénérationnelle de la maltraitance (Banyard, Willilams et Siegel, 2003; Baril et Tourigny, 2015; Milot, Collin-Vézina et Milne, 2016; Pierrehumbert, Miljkovitch et Halfon, 2004). Il serait associé à un développement non optimal des compétences, notamment au plan des fonctions affectives, cognitives et exécutives, ainsi qu'au plan du développement personnel (Milot, Collin-Vézina et Milne, 2016). En contexte de parentalité, une personne souffrant d'un traumatisme non résolu causé par une expérience de maltraitance dans l'enfance éprouverait davantage de difficultés à établir une relation affective saine et positive avec son enfant lorsque comparée à des mères ne souffrant pas d'un traumatisme non résolu (Berthelot *et al.*, 2015; Ensink *et al.*, 2014).

Par ailleurs, les conséquences potentielles de l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance seraient plus graves lorsque celle-ci est chronique (Éthier, Lemelin et Lacharité, 2004) et caractérisée par une cooccurrence de diverses formes de maltraitance (Hazen *et al.*, 2009; Milot, Collin-Vézina et Milne, 2016; Romano, Zoccolillo et Paquette, 2006; Turner, Finkelhor et Ormrod, 2006). Cependant, dans la littérature portant sur la parentalité à l'adolescence, les définitions et les critères utilisés pour identifier les différentes formes de maltraitance varient grandement d'une étude à l'autre, rendant périlleux l'élaboration d'un véritable portrait des conséquences potentielles de chacune des formes de maltraitance subie par les jeunes mères (Madigan, Wade, Tarabulsky, Jenkins et Shouldice, 2014). Néanmoins, pour ce qui est de la population générale (c'est-à-dire, enfants, adolescents – ce qui inclut les mères adolescentes – et adultes), la littérature scientifique abonde d'études faisant état des conséquences associées à la maltraitance. Celles-ci varient d'une forme de maltraitance à l'autre, ce qui suggère qu'il importe de comprendre la nature de l'expérience de maltraitance pour pouvoir anticiper ses conséquences potentielles (Leeb, Lewis et Zolotor, 2011), même si celles-ci ne sont pas mutuellement exclusives.

Le Tableau I présente une synthèse des conséquences potentielles le plus souvent associées aux différentes formes d'une expérience de maltraitance subie dans l'enfance. Les conséquences potentielles associées à la négligence émotionnelle et à l'abus émotionnel seront regroupées sous l'appellation Mauvais traitements psychologiques, car ces deux concepts sont peu différenciés dans la littérature scientifique produite dans la dernière décennie (même si, en réalité, ils font référence à des comportements maltraitants qui s'opposent – la négligence étant une forme d'omission et la maltraitance, un acte commis).

Tableau I. Synthèse des conséquences potentielles généralement associées aux différentes formes d'une expérience de maltraitance subie dans l'enfance

| Formes de maltraitance | Conséquences potentielles |
|----------------------------|--|
| Négligence physique | <ul style="list-style-type: none"> - Problèmes intériorisés de comportements (Manly, Kim, Rogosch et Cicchetti, 2001) - Problèmes d'agressivité (Kotch, Lewis, Hussey, 2008) - Risque accru de développement d'un ESPT (van Vugt <i>et al.</i>, 2014) |
| Abus physique | <ul style="list-style-type: none"> - Pauvreté (Fergusson, Boden et Horwood, 2008) - Perception négative du réseau de soutien (Crouch, Milner et Thomsen, 2001) - Trouble de l'attachement (Bailey, Moran et Pederson, 2007) - Problèmes intériorisés et extériorisés de comportements (Pears, Kim et Fisher, 2008) - Problèmes de santé mentale (Berlin <i>et al.</i>, 2011) |
| Abus sexuel | <ul style="list-style-type: none"> - Risque accru de parentalité à l'adolescence (Noll et Shenk, 2013; Noll, Shenk et Putnam, 2009; Trickett, Noll et Putnam, 2011) - Problèmes de santé physique (obésité, douleurs chroniques) (Trickett, Noll et Putnam, 2011) - Trouble de l'attachement (Bailey, Moran et Pederson, 2007) - Déficits cognitifs (Trickett, Noll et Putnam, 2011) et affectifs (Bailey, Moran et Pederson, 2007) - Problèmes de santé mentale (dépression, anxiété, comportements auto-destructeurs, difficulté au plan de la gestion du stress, dépendances) (Fergusson, Boden et Horwood, 2008; Romano, Zoccolillo et Paquette, 2006; Trickett, Noll et Putnam, 2011; Whiffen, Thompson et Aube, 2000) - Troubles de la conduite (Romano, Zoccolillo et Paquette, 2006) - Risque accru de développement d'un ESPT (Hébert et Cyr, 2013; Trickett, Noll et Putnam, 2011) - Stress accru associé à l'accouchement (Ensink <i>et al.</i>, 2014; Van Roode, Dickson, Herbison et Paul, 2009) - Risque accru de souffrir de dépression postpartum et plus forte persistance des symptômes (Leeners, Richter-Appelt, Imthum et Rath, 2006) - Risque accru d'avoir une perception de soi négative au plan des habiletés parentales et d'utilisation de méthodes éducatives déraisonnables (Bailey <i>et al.</i>, 2012; Banyard, 1997) - Faible estime de soi (Bailey, DeOliveira, Wolfe, Evans et Hartwick, 2012) - Difficultés relationnelles (Bailey, Moran et Pederson, 2007) - Faible niveau de scolarité (Bailey, Moran et Pederson, 2007; Trickett, Noll et Putnam, 2011) |

| | |
|---|--|
| Mauvais traitements psychologiques | <ul style="list-style-type: none"> - Problèmes de santé mentale (dépression, anxiété, troubles dissociatifs, comportements autodestructeurs) (O'Dougherty Wright, Crawford et Del Castillo, 2009; Egeland, 2009) - Risque accru de développement d'un ESPT (van Vugt <i>et al.</i>, 2014) - Problèmes intériorisés (Egeland, 2009) et extériorisés (Bailey <i>et al.</i>, 2012; Egeland, 2009) de comportement - Difficultés relationnelles avec l'entourage (Egeland, 2009) |
|---|--|

Le Tableau synthèse I permet de constater que certaines conséquences seraient associées à plusieurs formes de maltraitance, notamment les problèmes de santé mentale et de comportement. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que l'expérience de maltraitance subie peut être caractérisée par une cooccurrence de formes, ce qui rend ardu l'identification des conséquences particulières pour chacune d'elles. Ceci dit, l'expérience d'abus sexuel serait associée à plus de conséquences potentielles que les autres formes de maltraitance. Cependant, ceci pourrait être dû à un biais méthodologique. En effet, une importante proportion des études qui traitent des conséquences associées à l'expérience de maltraitance accorde une importance particulière à l'expérience d'abus sexuel (voir la revue systématique de Leenarts, Diehle, Doreleijers, Jansma et Lindauer, 2013; ou les études de Jackson *et al.*, 2015; de Teicher et Samson, 2013; et de Thompson et Nielson, 2014). Ceci suggère que les conséquences potentielles de certaines formes de maltraitance sont moins étudiées (notamment, les mauvais traitements psychologiques) et seraient encore peu connues.

2.2. Fréquence de l'expérience et des formes de maltraitance dans l'enfance chez les mères adolescentes

La fréquence élevée de l'expérience de maltraitance dans l'enfance chez les mères adolescentes est largement documentée dans la littérature scientifique. Ceci suggère que, pour les mères adolescentes, la problématique de la maltraitance serait à la fois subie et perpétrée par ces dernières. En effet, plus de la moitié des mères adolescentes ayant participé à des études dans divers contextes auraient vécu une ou plusieurs formes de maltraitance durant leur

enfance (Bailey, Moran et Pederson, 2007; Garwood, Gerassi, Jonson-Reid, Plax et Drake, 2015; Gendron *et al.*, 2014; Jutte *et al.*, 2010; Lesser *et al.*, 2007; Noll et Shenk, 2013; Valentino *et al.*, 2012). Gendron et ses collègues (2014) ont documenté que 80 % (n=447) des mères adolescentes québécoises rencontrées dans le cadre de l'évaluation d'un programme intégré d'intervention précoce auraient vécu au moins une expérience de maltraitance pendant leur enfance et plus de 90 % auraient subi une expérience de négligence tel que mesurée par le CTQ (Bernstein et Fink, 1998) qui permet de classifier l'expérience de maltraitance en termes de sévérité. À cet effet, parmi les mères ayant pris part à l'étude de Gendron et ses collègues, on note une expérience de maltraitance pouvant être classifiée Sévère à extrême pour près de 25 % d'entre elles pour l'abus émotionnel, pour 15 % d'entre elles pour l'abus physique, pour près de 30 % d'entre elles pour l'abus sexuel, pour plus de 80 % d'entre elles pour la négligence émotionnelle et pour plus de 15 % d'entre elles pour la négligence physique. Même si aucune étude recensée n'obtient une proportion aussi élevée que 90 % pour ce qui est de la prévalence de la négligence comme c'est le cas pour l'étude de Gendron et ses collègues, d'autres études ayant utilisé la même mesure pour documenter l'expérience de maltraitance dans l'enfance des mères adolescentes arrivent à des proportions similaires pour ce qui est de la classification de la sévérité de l'expérience (Bailey, Moran et Pederson, 2007; Valentino *et al.*, 2012). Une autre étude québécoise menée par Paquette, Zoccolillo et Bigras (2007) suggère que la moitié des mères adolescentes qui composaient leur échantillon (n=214) aurait subi une expérience de maltraitance dans l'enfance. Cette étude est particulièrement intéressante puisqu'elle compare des mères adolescentes à des femmes issues de la population générale, ce qui permet de relativiser la fréquence de l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance chez les mères adolescentes. Ainsi, les mères adolescentes auraient, en moyenne, subi 1,5 fois plus d'abus sexuel et d'abus émotionnel; plus de 2 fois plus d'abus physique; et près de 4 fois plus de négligence physique que les femmes issues de la population générale. Elles n'auraient, cependant, pas subi significativement davantage de négligence émotionnelle.

Par ailleurs, il y aurait une forte cooccurrence de différentes formes de maltraitance chez les mères adolescentes (Paquette, Laporte, Bigras et Zoccolillo, 2004; Paquette, Zoccolillo et Bigras, 2007). Notamment, cette cooccurrence d'au moins deux formes de maltraitance subie dans l'enfance serait présente chez la moitié des 110 mères ayant pris part à

l'étude de Paquette et ses collègues (2004). Ceci dit, ce serait les abus physique et émotionnel, ainsi que la négligence physique, qui seraient le plus souvent subis en cooccurrence à d'autres formes de maltraitance. Pour ce qui est de la négligence émotionnelle et de l'abus sexuel, ces deux formes de maltraitance seraient plus souvent subies sans cooccurrence (Paquette, Zoccolillo et Bigras, 2007).

De plus, plusieurs auteurs soulignent une association significative entre une expérience de maltraitance subie dans l'enfance et le risque que la personne s'inscrive dans une trajectoire de maternité à l'adolescence (Garwood *et al.*, 2015; Madigan *et al.*, 2014; Noll et Shenk, 2013), ce qui pourrait expliquer la fréquence élevée de cette problématique chez les mères adolescentes. L'expérience de maltraitance dans l'enfance serait d'ailleurs plus fortement associée à la parentalité à l'adolescence que les conditions socioéconomiques précaires et la pauvreté (Garwood *et al.*, 2015; Noll et Shenk, 2013). Or, au plan du particularisme des expériences de maltraitance, les résultats des études varient beaucoup. Il est suggéré que ce serait tant les expériences d'abus physique (Madigan *et al.*, 2014), d'abus sexuel (Madigan *et al.*, 2014; Noll et Shenk, 2013), de négligence physique (Noll et Shenk, 2013; Thompson et Neilson, 2014) et de mauvais traitements psychologiques (Madigan *et al.*, 2014) dans l'enfance qui seraient associées à la parentalité à l'adolescence, d'autant plus si ces expériences sont cooccurrentes (Madigan *et al.*, 2014; Noll et Shenk, 2013). Ceci dit, la cooccurrence des expériences de maltraitance chez les mères adolescentes est peu étudiée. Qui plus est, à notre connaissance, il n'existe pas d'études récentes ayant documenté les différentes expériences de maltraitance dans l'enfance chez les mères adolescentes dans le but d'en distinguer des profils particuliers. Les informations dont nous disposons permettent donc de décrire les expériences vécues, mais pas de généraliser les constats dans le but de tirer des conclusions quant aux trajectoires de vie des jeunes mères en fonction de la maltraitance subie et des conséquences pouvant potentiellement en découler.

Nous avons, cependant, pu recenser deux études ayant documenté les différents profils d'expérience de maltraitance chez les jeunes, une chez une population d'adolescents (majoritairement nullipares) (Hazen *et al.*, 2009) et l'autre chez des enfants d'âge préscolaire (Pears, Kim et Fisher, 2008). Ces deux études mettent respectivement de l'avant trois ou

quatre profils d'expérience de maltraitance différents chez les personnes ayant participé à leurs études. Dans les deux cas, l'expérience de mauvais traitements psychologiques est répandue dans tous les profils, mais les auteurs ne font pas de distinction entre la négligence émotionnelle et l'abus émotionnel. Ceci dit, un profil présente une expérience de maltraitance sans cooccurrence (mauvais traitements psychologiques, seulement); un profil présente une expérience caractérisée principalement par de l'abus sexuel ou physique; et un autre profil présente une cooccurrence de plusieurs formes de maltraitance. Ces deux études suggèrent que plus l'expérience de maltraitance est grave et complexifiée par la cooccurrence de plusieurs formes de mauvais traitements, plus les conséquences potentielles associées sont graves au plan du fonctionnement comportemental et du bien-être psychologique. Cependant, dans le cas de l'étude de Hazen et ses collègues, il y aurait peu de différences significatives entre les groupes présentant tous les deux une expérience de maltraitance de forte intensité, et ce peu importe comment ils diffèrent au plan des formes de maltraitance subie. En effet, les différences se situeraient davantage entre les groupes qui présentent une faible intensité d'expérience de maltraitance et ceux qui en présentent une plus élevée. Or, dans le cas de l'étude menée par Pears et ses collègues, les différentes formes de maltraitance seraient associées à des conséquences spécifiques chez l'enfant. Notamment, les abus sexuel ou physique seraient associés à la manifestation de problèmes de comportement, alors que l'expérience de négligence physique serait associée à des retards cognitifs. De plus, tel que mentionné préalablement, les conséquences découlant de l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance peuvent être persistantes et, une fois inscrit dans une trajectoire de parentalité, peuvent potentiellement devenir des conditions associées à l'APPM (Leplatte *et al.*, 2012; Thompson et Neilson, 2014).

2.3. Les conditions associées à l'APPM chez les mères adolescentes

Il existerait une association significative entre le fait d'avoir été maltraité dans l'enfance et l'APPM chez les mères adolescentes (Putnam-Hornstein, Cederbaum, King, Eastman et Trickett, 2015). Même après avoir contrôlé différentes variables sociodémographiques susceptibles d'influencer à leur tour l'APPM chez les mères adolescentes (notamment, le revenu et l'appartenance ethnique), l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance demeure la variable la plus significativement associée à l'APPM (Putnam-Hornstein *et al.*, 2015). Cette étude ne précise toutefois pas de quelles formes de maltraitance il est question (les expériences de maltraitance, tant celle subie que celle perpétrée envers l'enfant, étaient plutôt mesurées en tant que variables dichotomiques), ni les formes de maltraitance les plus fréquentes chez les mères. D'autres études précisent toutefois ces aspects. Notamment, les expériences de négligence (Dym Bartlett, Raskin, Kotake, Nearing et Easterbrooks, 2014; Lounds, Borkowski et Whitman, 2006) et d'abus physique (Crouch, Milner et Thomsen, 2001) dans l'enfance seraient associées à la reproduction de ces mêmes formes de maltraitance par des mères adolescentes. Les expériences d'abus physique et d'abus sexuel subies dans l'enfance seraient également associées au développement d'une relation mère-enfant plus hostile chez les mères adolescentes lorsque comparées à leurs pairs n'ayant pas été maltraitées (Pasalich, Cyr, Zheng, McMahon et Spieker, 2016). Or, contrairement aux constats de Putnam-Hornstein et ses collègues (2015), d'autres auteurs ont constaté que le revenu, la santé mentale précaire et la qualité de la relation mère-enfant (pour le risque de négligence) et la perception de la qualité du réseau de soutien (pour le risque d'abus physique) seraient également fortement associés à l'APPM chez les jeunes mères, en plus de leur expérience de maltraitance subie dans l'enfance (Crouch, Milner et Thomsen, 2001; Dym Bartlett *et al.*, 2014; Lounds, Borkowski et Whitman, 2006).

Malgré certains enjeux ayant été soulevés relativement à un potentiel biais de détection qui fait référence au fait que les enfants nés de parents ayant subis des expériences de maltraitance dans l'enfance seraient plus susceptibles d'être signalés aux services de

protection de la jeunesse (Widom, Czaja et DuMont, 2015), des études ont démontré que le tiers des mères (sans égard à l'âge) ayant subi de la maltraitance au cours de leur vie adopteraient à leur tour des comportements parentaux maltraitants à l'égard de leurs enfants (Collin-Vezina et Cyr, 2003; Oliver, 1993, tels que cités dans Berthelot, Ensink et Drouin-Maziade, 2016). Chez les mères adolescentes, ce serait une proportion de plus de 50 % (Valentino *et al.*, 2012). Toutefois, Valentino et ses collègues révèlent que, même si environ 80 % des enfants de leur étude ayant été victimes de maltraitance avaient une mère qui avait également subi de la maltraitance au cours de sa vie, il n'en demeure pas moins que près de la moitié des mères ayant été victimes de maltraitance n'ont pas transmis ou reproduit celle-ci à l'égard de leur enfant. Néanmoins, près de la moitié des enfants ayant pris part à l'étude ont indiqué, à l'âge de 18 ans, avoir été victimes de maltraitance au cours de leur vie (mauvais traitements psychologiques, abus physique et abus sexuel). De plus, 20 % d'entre eux auraient subi deux (9 %) ou trois (11 %) formes de maltraitance en cooccurrence. Ceci dit, les auteurs soulèvent que le nombre d'enfants ayant été victimes de maltraitance est plus élevé que ce qui avait été préalablement démontré dans d'autres études (par exemple, 23 % pour l'étude de Pears et Capaldi, 2001), car il est question de *continuité* de la maltraitance dans cette étude et non uniquement de transmission de la maltraitance par la mère. Par ailleurs, à cet effet, bien que l'expérience de maltraitance subie par les enfants des mères adolescentes ayant pris part à l'étude soient largement décrite, celle que les mères ont elles-mêmes vécu dans leur enfance ne l'est pas. Ainsi, le risque de transmission de la maltraitance est discuté, mais sans égard aux formes de maltraitance subie par la mère.

Une étude menée par Scannapieco et Connell-Carrick (2015) auprès de 75 mères adolescentes américaines et leurs jeunes enfants pour lesquels un signalement avait été retenu pour abus physique ou négligence, s'attarde, toutefois, à cet aspect. Ce serait les expériences d'abus sexuel et de négligence physique qui seraient le plus fortement associées à la transmission intergénérationnelle de la maltraitance. Leurs résultats suggèrent que 58 % des mères ayant maltraité leurs enfants (plus du tiers de l'échantillon global) auraient subi de l'abus sexuel, alors que pour 67 % d'entre elles, il s'agirait de négligence physique. De plus, ces mères seraient plus souvent monoparentales, auraient moins d'habiletés et de connaissances parentales (notamment sur le développement des enfants) et elles disposeraient

de moins de ressources économiques et matérielles (c.-à-d., faible revenu et isolement). Qui plus est, elles exprimeraient des attentes irréalistes à l'égard de leur enfant. Elles vivraient plus de difficultés psychologiques et auraient un réseau de soutien plus restreint. Enfin, elles entretiendraient un lien affectif plus faible avec leurs enfants et auraient des enfants qui présenteraient davantage de besoins particuliers. En dressant un portrait de ces mères adolescentes, l'étude préalablement citée permet de cibler les conditions généralement associées à l'APPM chez les mères adolescentes. Les sections qui suivent présenteront ces dernières plus en profondeur.

À cet effet, la littérature fait principalement état de quatre conditions associées tant à l'APPM qu'à la transmission intergénérationnelle de la maltraitance, soit la pauvreté matérielle, la précarité du réseau de soutien, la santé mentale fragilisée de la jeune mère, ainsi que les difficultés parentales. Ceci dit, il est à noter que les études portant sur l'APPM chez les mères adolescentes avec ou sans expériences de maltraitance subie dans l'enfance seront recensées. Ceci permettra de distinguer les conditions associées à l'APPM chez l'ensemble des mères adolescentes de celles associées à la transmission intergénérationnelle de la maltraitance. De plus, cet exercice est important dans la mesure où les mères adolescentes n'ont pas toutes subies de la maltraitance au même degré de gravité et certaines d'entre elles présentent une expérience de très faible intensité. Par souci d'exhaustivité, il importe donc de faire état des conditions associées à l'APPM concernant toutes les mères adolescentes.

2.3.1. Pauvreté matérielle

La pauvreté matérielle, elle-même associée au décrochage scolaire, aux difficultés professionnelles et à la précarité des sources de revenu, serait déterminante pour comprendre la problématique de la maltraitance chez les mères adolescentes (Baginski, 2009; Lanzi, Bert et Jacobs, 2009; Scannapieco et Connell-Carrick, 2015). Cependant, il existe un biais méthodologique important à prendre en considération. En effet, à notre connaissance, lorsqu'il est question des conditions socioéconomiques des mères adolescentes, aucune étude ne présente des données tirées d'un échantillon avec suffisamment de variation permettant de

dresser un portrait fiable et valide de l'association entre la pauvreté et l'APPM chez les mères adolescentes. En effet, toutes les études recensées dans le cadre de cette thèse utilisent des données recueillies auprès de mères adolescentes vivant dans des conditions socioéconomiques précaires et disposant de très faibles revenus.

Néanmoins, ce serait le stress continu, tant sur les plans financier, personnel que familial, engendré par la pauvreté matérielle, ainsi que par le manque de soutien social et familial, qui placerait la jeune mère à risque de maltraiter son enfant, particulièrement celles ayant elles-mêmes subi de la maltraitance dans leur enfance (Afifi, 2007; Brooks-Gunn, et Chase-Landsdale, 1995; Lee et Goerge, 1999; Scannapieco et Connell-Carrick, 2015). Ces mères éprouveraient des difficultés à composer avec les différentes responsabilités découlant à la fois du statut d'adolescente (par exemple, terminer ses études) et du rôle de mère (par exemple, assumer des responsabilités financières), ce qui représente une source de stress non négligeable (Afifi, 2007).

2.3.2. Précarité du réseau de soutien

La famille immédiate de la mère adolescente occuperait un rôle d'une grande importance au plan de son réseau de soutien et de la prévention de l'APPM. Les mères adolescentes qui entretiennent une relation conflictuelle avec leur propre mère ressentiraient plus de difficulté à répondre aux besoins affectifs de leur enfant de manière saine et adéquate et sont à risque accru d'utiliser des méthodes disciplinaires coercitives, voir maltraitantes, envers ce dernier (Sellers *et al.*, 2011). Une récente étude québécoise abonde, d'ailleurs, dans le même sens et suggère que le besoin de soutien social de la mère adolescente serait associé au développement d'un trouble réactionnel de l'attachement chez son enfant, qui représente un facteur de risque pour la sécurité et le développement de ce dernier (Lalande, Cyr, Dubois-Comtois, Losier, Paquette et Emery, 2014). À l'opposé, une relation harmonieuse entre la mère adolescente et sa propre mère contribuerait à améliorer la qualité de la relation et les interactions entre la mère adolescente et son enfant (c.-à-d., plus d'affection et de soutien offerts à l'enfant et utilisation de méthodes éducatives adaptées et adéquates). Sellers et ses

collègues précisent, toutefois, que, dans ce type de relation harmonieuse, la mère de l'adolescente serait stricte au plan de ses directives (sans coercition) tout en permettant à sa fille de se responsabiliser et de développer son autonomie.

Pour leur étude, Sellers et ses collègues (2011) ont utilisé un cadre théorique proposé par Apfel et Seitz (1991) qui met l'accent sur la relation éducative établie entre la mère adolescente et sa propre mère. Apfel et Seitz attirent l'attention sur un phénomène moins souvent abordé, soit celui de la grand-parentalité à l'adolescence. Ces auteurs ont ainsi identifié quatre types de dynamiques qui peuvent s'installer entre les mères adolescentes et leurs propres mères, incluant un modèle d'« apprenti parent » (traduction libre de *parental apprentice*). À travers ce modèle, la grand-mère occuperait un rôle d'éducatrice pour guider sa fille dans l'apprentissage de son rôle parental tout en visant le développement de son autonomie. Dans une optique de prévention de la maltraitance, les auteurs soutiennent que ceci serait favorable tant pour la mère adolescente que pour son enfant. En effet, les mères adolescentes ayant reçu un soutien de la part de leur mère présentaient de meilleurs résultats sur l'échelle *Parent-child early relational assessment* (Clark, 1985, tel que cité dans Sellers *et al.*, 2011) ce qui témoigne d'interactions plus fréquentes, chaleureuses et harmonieuses avec leur enfant, ainsi que le recours à moins de méthodes éducatives déraisonnables et coercitives (Sellers *et al.*, 2011).

Pour ce qui est des mères adolescentes ayant vécu une expérience de maltraitance dans l'enfance, il est entendu qu'elles pourraient grandement bénéficier d'un réseau de soutien, tant pour la dispensation des soins à leur enfant, que pour le développement de leurs habiletés parentales et de leur confiance en soi. Cependant, de par leurs expériences de maltraitance, de placement et de prise en charge par les services de protection de la jeunesse, il apparaît qu'il soit ardu pour elles de maintenir une stabilité au plan de leurs relations. En effet, une expérience de maltraitance dans l'enfance (sans spécifications quant à la nature de celle-ci) serait associée au développement d'une faible estime de soi, ainsi qu'à une perception négative des relations interpersonnelles et des relations conjugales, ce qui nuirait à la capacité des jeunes mères de créer et d'entretenir des relations saines et égalitaires avec leur entourage (Cicchetti et Lynch, 1995, tel que cités par Milan *et al.*, 2004b). Dès lors, ces relations de

soutien qui devraient être stabilisantes sont plutôt éphémères et contribueraient plutôt à renforcer leur isolement (Knight, Chase et Aggleton, 2006).

Dym Bartlett et Easterbrooks (2012) soulèvent néanmoins l'influence positive potentielle du réseau de soutien sur la transmission intergénérationnelle de la maltraitance, principalement la négligence, chez un groupe de très jeunes mères latino-américaines (âgées de 14 à 16 ans) ayant été victimes d'abus physiques durant leur enfance. Ces auteurs révèlent que les jeunes mères ayant été maltraitées seraient quatre fois plus nombreuses à être négligentes envers leur enfant, mais qu'un soutien adéquat et positif d'un parent non-maltraitant minimiserait significativement le risque de transmission intergénérationnelle de la maltraitance à l'égard de l'enfant de la jeune mère. À l'opposé, la perception négative des mères adolescentes victimes de maltraitance intrafamiliale (notamment, d'abus physique) de la part de leurs parents serait associée au risque accru de transmission intergénérationnelle de la maltraitance (Milan *et al.*, 2004b). Cette perception affecterait de manière négative la qualité de la relation et du lien affectif entre la mère et son jeune enfant. Cette association serait toutefois modérée par une attitude optimiste et positive de la jeune mère face à la maternité qui minimiserait le risque d'APPM envers son enfant. Ceci dit, la présence d'un conjoint pendant la grossesse contribuerait à rendre plus positive la perception de la mère face à son expérience de maternité et ainsi à diminuer le risque d'APPM, ce qui suggère que la présence du partenaire dans la vie de la jeune mère compenserait pour l'absence ou la présence négative de ses parents maltraitants (Milan *et al.*, 2004b).

De plus, il semble que la qualité du réseau de soutien et les liens affectifs qui le fortifient seraient plus importants que la présence du soutien social en soi (Easterbrooks *et al.*, 2011). En effet, ce serait la *qualité* du réseau qui agirait comme facteur de protection contre la transmission intergénérationnelle de la maltraitance et non pas la *proximité*. Une analyse de partitionnement des données menée par Easterbrooks et ses collègues (2011) indique que les jeunes mères cumulant moins de facteurs de risque associés à l'APPM s'étaient davantage distancées de leur famille d'origine après la naissance de leur enfant, n'habitaient plus avec eux et n'avaient pas recours à leur soutien (matériel ou présentiel). Les auteurs suggèrent que la prise de conscience des mères adolescentes de leur situation familiale, de leur historique et

de ses conséquences négatives aurait permis de se distancer et de prendre du recul face au passé pour mieux affronter les défis qu'implique leur nouvelle réalité. Toujours selon ces auteurs, les mères aptes à agir ainsi sont celles qui se sentiraient en contrôle de leur pouvoir d'agir, aptes à gérer leur indépendance et prêtes à miser sur leurs forces qu'elles sont en mesure d'identifier elles-mêmes. Certaines mères parviendraient à se former un nouveau réseau de soutien dans lequel elles ne retrouveraient pas les éléments négatifs de leur famille d'origine. Or, le revers de la médaille est que les mères de ce groupe présentaient des symptômes de dépression plus élevés que les autres, ce qui en soi représente une condition associée à l'APPM (Afifi, 2007; Cox, Buman, Valenzuela, Joseph, Mitchell et Woods, 2008; Meltzer-Brody, Bledsoe-Mansori, Johnson, Killian, Hamer, Jackson *et al.*, 2013; Putnam-Hornstein, Cederbaum, King et Needell, 2013; Reid et Meadows-Olivier, 2007; Sellers *et al.*, 2011; Whitson *et al.*, 2011). De plus, ceci suggère que ces mères adolescentes atteignent leur autonomie aux dépens de leur santé mentale et que ceci pourrait, en revanche, affecter la relation qu'elles entretiennent avec leur enfant.

2.3.3. Santé mentale fragilisée

Les écrits scientifiques présentent la santé mentale fragilisée comme étant un facteur de risque associé à la parentalité à l'adolescence. Or, il est entendu que les problèmes de santé mentale chez la mère représentent un facteur de risque important pour l'APPM (Scannapieco et Connell-Carrick, 2015). Ce serait principalement la non-disponibilité de la mère à s'occuper pleinement de son enfant, au plan de ses besoins affectifs et physiques, qui expliquerait ce risque accru (Holub *et al.*, 2007; Lanzi, Carothers Bert et Jacobs, 2009). Lorsqu'il est question de santé mentale chez les mères adolescentes, les principaux problèmes répertoriés sont le stress excessif et la détresse psychologique, ainsi que la dépression.

2.3.3.1. Le stress et la détresse psychologique

Les mères adolescentes ressentiraient plus de stress que les adolescentes nullipares dû au poids des nombreuses responsabilités parentales, aux difficultés socioéconomiques, ainsi qu'aux défis associés au développement normal d'une adolescente (Hassan et Paquette, 2004). Ce stress serait associé à la manifestation de symptômes associés à la détresse psychologique chez la jeune mère (Mollborn et Morningstar, 2009) et nuirait au développement d'un attachement sécure chez son enfant (Emery, Paquette et Bigras, 2008).

La détresse psychologique chez les mères adolescentes peut être persistante. Elle serait toujours présente près d'un an et demi postpartum dans certaines études (Gendron *et al.*, 2014) et pourrait même persister dix ans après la naissance de l'enfant (Mollborn et Morningstar, 2009). Elle aurait même le potentiel de s'aggraver ou d'apparaître plusieurs années après la naissance de l'enfant, lorsqu'elle est cooccurrence à d'autres difficultés psychosociales tel que la pauvreté. En effet, une étude menée par Gavin, Lindhorst et Lohr (2011) révèle que 17 ans après la naissance de leur enfant, près de deux fois plus de mères adolescentes présentaient des symptômes associés à la détresse psychologique qu'au moment de la naissance (35 % vs 20 %). De plus, les mères adolescentes présentant des symptômes de détresse psychologique à la suite de la naissance de leur enfant, seraient plus à risque de vivre des grossesses subséquentes rapprochées que leurs pairs n'en présentant pas (Mollborn et Morningstar, 2009). Or, sachant que les grossesses rapprochées sont associées à l'augmentation de difficultés socioéconomiques (Putnam-Hornstein *et al.*, 2013; Raneri et Wisemann, 2007) et à l'appauvrissement du réseau de soutien (Furstenberg, 1980), il est possible de croire que la mère adolescente se retrouve alors prise dans un cycle où toutes les conditions s'influencent et s'aggravent. Par ailleurs, l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance serait également associée à la prévalence de la détresse psychologique chez les jeunes mères. Plus les expériences de maltraitance (notamment l'abus physique) vécues par les mères adolescentes sont sévères (telles que mesurées par le *Conflict Tactics Scale* : Straus, 1990, tel que cité par Milan, Ickovics, Kershaw, Lewis, Meade et Ethier, 2004a), plus elles seraient à risque de présenter des symptômes associés à la détresse psychologique (Milan *et al.*, 2004a).

2.3.3.2. La dépression

La détresse parentale et le stress constant placeraient les mères adolescentes à risque de voir leurs difficultés s'aggraver jusqu'à la manifestation de symptômes associés à la dépression à la suite de la naissance de leur enfant (Kleiber et Dimidjian, 2014; Logsdon, Hertweck, Ziegler et Pinto-Foltz, 2008). Des auteurs suggèrent que ceci pourrait être le résultat d'une prise de conscience de leur nouvelle réalité en tant que mères (Birkeland, Thompson et Phares, 2005). Que ce soit associé à leur stade développemental ou à un manque de connaissances parentales, plusieurs mères adolescentes se retrouveraient confrontées à une réalité qu'elles n'avaient pas prévue, à des attentes non réalisées et à des déceptions au plan de leur rôle parental et au regard de ce que leur enfant leur procure. Jumelée à des difficultés financières, familiales et sociales, cette prise de conscience placerait les mères adolescentes à risque d'éprouver des symptômes dépressifs qui aggraverait leurs difficultés et leurs capacités de les gérer (Birkeland, Thompson et Phares, 2005).

Les symptômes associés à la dépression postpartum peuvent causer de sérieuses conditions qui ont le potentiel d'affecter tant la mère adolescente que son enfant. Le sentiment d'être isolée, des troubles du sommeil ou de l'appétit, une fragilité émotionnelle, ainsi que des idées suicidaires ou homicidaires sont toutes des conséquences pouvant être associées à la dépression postpartum (Beck et Gable, 2001). De plus, il a été démontré qu'un état dépressif pouvait avoir un effet sur les pratiques parentales chez les mères adolescentes, puisqu'il est associé à une baisse d'estime de soi quant aux capacités parentales (Birkeland, Thomspson et Phares, 2005; Cox *et al.*, 2008; Secco, Profit, Kehnedey, Walsh, Letourneau et Stewart, 2007), à des problèmes de santé physique (Birkeland, Thomspson et Phares, 2005), à une diminution de l'intérêt face à la maternité en général et aux activités se rattachant aux soins de l'enfant (Holub *et al.*, 2007), en plus d'être associé à des difficultés au plan du lien d'attachement mère-enfant et à des retards de développement chez l'enfant dans ses dimensions socio-affective (Reid et Meadows-Olivier, 2007; Whitson *et al.*, 2011) et cognitive (Smith, 2004).

La dépression post-partum chez la mère peut survenir durant la première année suivant la naissance de l'enfant et les symptômes peuvent perdurer plusieurs mois après l'accouchement (Dennis, 2004). Plusieurs auteurs se sont penchés sur les conditions qui seraient associées à l'apparition et au maintien des symptômes de dépression chez les mères adolescentes. La pauvreté, une faible estime de soi, la consommation d'alcool et de drogues (Birkeland, Thompson et Phares, 2005; Logsdon, Simpson, Birkimer et Looney, 2005), ainsi qu'un sentiment de ne pas être en mesure de composer avec les changements et les responsabilités qui découlent de leur nouveau rôle de mères (Lanzi, Bert et Jacobs, 2009), seraient des conditions associées à la dépression. Le nombre élevé d'enfants à charge, le fait d'être une mère au foyer, ainsi que la monoparentalité seraient également associés à la dépression postpartum chez les mères adolescentes (Lanzi, Bert et Jacobs, 2009). Or, la monoparentalité (Gendron *et al.*, 2014; Whitman, Borkowski, Keogh et Weed, 2001), le décrochage scolaire, les difficultés professionnelles et la précarité financière seraient tous également largement associés au phénomène de parentalité à l'adolescence (Blais, 2005 ; Gendron *et al.*, 2014 ; Milan *et al.*, 2004a), ce qui pourrait expliquer, du moins, en partie, la fréquence importante de la dépression chez les mères adolescentes. Ceci met en lumière la complexité de la problématique et le cercle vicieux dans lequel les conséquences de la fragilisation de la santé mentale de la jeune mère sont également susceptibles de représenter d'importants facteurs de risque notamment pour l'APPM.

Il est estimé que la proportion de dépression postpartum chez les mères adultes varie de 13 % (Bydlowski, 2015) à 20 % (Kim, Connolly et Tamin, 2014), mais serait présente de deux à cinq fois plus souvent chez les mères adolescentes (Lewin, Mitchell, Waters, Hodgkinson, Southammakosane et Gilmore, 2014; Logsdon *et al.*, 2005; Schmidt, Weimann, Rickert et Smith, 2006). Les symptômes de la dépression postpartum s'inscrivent dans un spectre très large, allant de la tristesse persistante jusqu'au passage à un acte de violence dirigée contre soi ou autrui, notamment l'enfant (Beck et Gable, 2001). Un faible réseau de soutien social, la pauvreté, ainsi que des périodes de stress soutenu pendant la grossesse, seraient les facteurs de risque les plus largement associés à la dépression postpartum (Kim, Connolly et Tamin, 2014). Cela dit, les mères adolescentes ayant été victimes de maltraitance dans l'enfance seraient plus susceptibles de développer des problèmes de santé mentale comme la dépression (Afifi, 2007;

Meltzer-Brody *et al.*, 2013; Paquette, Zoccolillo et Bigras, 2007). En effet, l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance serait davantage associée à la manifestation et à la sévérité de symptômes dépressifs chez les jeunes mères que les facteurs socioéconomiques (Afifi, 2007; Tzilos, Zlotnick, Raker, Kuo et Phipps, 2012). Les mères adolescentes ayant vécu une expérience de maltraitance durant leur enfance seraient cinq fois plus nombreuses à souffrir de dépression avant la naissance de leur enfant, comparativement à leurs pairs sans expérience de maltraitance. Elles seraient également quatre fois plus nombreuses à être toujours en dépression après la naissance de l'enfant (Meltzer-Brody *et al.*, 2013).

Paquette, Zoccolillo et Bigras (2007) soutiennent que ce serait l'expérience d'abus sexuel qui serait la forme de maltraitance la plus fortement associée à la dépression chez les jeunes mères, particulièrement lorsqu'elle se présente en cooccurrence à d'autres formes de maltraitance. Cependant, Lesser et ses collègues (2007) présentent des résultats différents et suggèrent que les mères ayant subi de l'abus physique dans l'enfance (25 % de l'échantillon; N=170) présenteraient trois à six fois plus symptômes liés à la dépression et à d'autres troubles psychiatriques que les mères n'ayant pas subi de maltraitance. Au terme de leur étude, ces auteurs s'appuient sur la littérature pour souligner que les mères souffrant de problèmes de santé mentale seraient plus à risque d'adopter des pratiques parentales négligentes à l'égard de leur enfant et d'éprouver des difficultés à établir un lien affectif avec lui. Les nombreux facteurs qu'ils soulèvent seraient aussi associés chez les mères adolescentes ayant été victimes de maltraitance dans leur enfance à l'utilisation de méthodes éducatives et disciplinaires coercitives, ainsi qu'à une moindre disponibilité pour répondre aux besoins de leur enfant, plaçant ce dernier à risque de subir de la maltraitance physique et de la négligence. De plus, les mères adolescentes souffrant de dépression postpartum seraient moins sensibles et chaleureuses à l'égard de leur enfant et moins efficaces dans la réponse à ses besoins, lorsque comparées à des mères adultes vivant dans des conditions socioéconomiques similaires à celles des mères adolescentes (Lanzi, Carothers Bert et Jacobs, 2009). Ceci suggère que la pauvreté serait un facteur moins significatif que la fragilisation de la santé mentale de la mère lorsqu'il est question d'habiletés parentales et d'APPM. Les mères adolescentes aux prises avec des symptômes de dépression auraient tendance à percevoir leur enfant comme étant pénible à éduquer ou ayant un tempérament difficile (Whitson *et al.*, 2011), ce qui contribue

au risque d'APPM (Stith, Liu, Davies, Boykin, Alder, Harris *et al.*, 2009). De plus, la dépression de la mère adolescente la rendrait plus difficilement disposée à s'occuper de son jeune bébé et à construire un lien affectif qui permettrait à ce dernier de se développer dans la confiance et dans la stabilité (Lewin *et al.*, 2014).

Par ailleurs, la capacité d'adaptation des mères adolescentes serait également associée à la dépression chez ces dernières. Les difficultés à s'adapter aux changements physiques qui surviennent à leurs corps à la suite de l'accouchement, le sentiment de ne plus pouvoir faire les mêmes activités que leurs pairs qui n'ont pas d'enfants, en plus du sentiment d'être isolées socialement, les placeraient à risque de développer des symptômes de dépression (Birkeland, Thompsom et Phares, 2005). Qui plus est, le sentiment d'incompétence face aux responsabilités et aux tâches parentales serait un facteur qui contribuerait à présence de la dépression postpartum chez les mères adolescentes (Baginski, 2009). À l'opposé, il a été démontré qu'une perception positive de la capacité d'agir représenterait un facteur de protection chez les mères adolescentes au regard de pratiques parentales maltraitantes. À cet effet, une étude menée par Dhayanandhan, Bohr et Connolly (2015) traite du concept de l'« atteinte de tâches développementales » (traduction libre de *Developmental task attainment*) comme étant associé à l'APPM chez des mères adolescentes en situation de précarité socioéconomique (c.-à-d., très faible revenu et majoritairement célibataires). Les auteurs soutiennent que les mères adolescentes qui (a) se seraient construites une identité propre et autonome, (b) ne dépendraient pas de leurs parents, (c) se prépareraient et anticiperaient une vie familiale harmonieuse, (d) auraient planifié une carrière de leur choix et qui (e) entretiendraient des relations d'amitiés intimes présenteraient moins de difficultés psychologiques (détresse psychologique et symptômes associés à la dépression) découlant des frustrations parentales ressenties. Elles seraient aussi moins à risque de maltraiter leur enfant que leurs pairs n'ayant pas accompli l'atteinte de ces tâches développementales. Un plus grand nombre de tâches atteintes, ou même un désir ou une mobilisation pour les atteindre, serait associé à un moindre risque de recourir à des pratiques parentales maltraitantes. Les auteurs suggèrent que les adolescentes se considérant davantage comme des adultes et adoptant des habitudes de vie où leur autonomie est mise à profit (sur les plans financier et parental) auraient des attentes plus réalistes à l'égard de leur enfant et de son développement.

Dhayanandhan et ses collègues soutiennent, cependant, que la parentalité à l'adolescence rendrait plus ardue l'atteinte de ces tâches développementales, notamment dans un contexte de précarité socioéconomique. Dans cette étude, 38 % des participantes (n=50) n'avaient pas complété les diverses tâches développementales leur permettant d'acquérir une autonomie sur les plans personnel et parental. Ces dernières et celles qui ne se croyaient pas aptes à réussir l'accomplissement de ces tâches développementales étaient significativement plus à risque de maltraiter leur enfant que leurs pairs, notamment par le biais de pratiques éducatives déraisonnables ou la difficulté à entretenir un lien affectif sécurisant avec leur enfant. Bien que plusieurs variables aient été contrôlées, cette étude ne fait pas mention de l'historique familial des participantes, notamment leur vécu de maltraitance, ou de la qualité de leur réseau de soutien. Ceci ne permet donc pas de comprendre l'effet de ces aspects, s'il y a lieu, sur la capacité des mères à atteindre les différentes tâches développementales décrites par les auteurs.

Ceci dit, le soutien offert à la mère adolescente par le partenaire (Kim, Connolly et Tamin, 2014; Logsdon *et al.*, 2008) ou l'entourage (Logsdon *et al.*, 2008; Milan, Kershaw, Lewis, Westdahl, Rising, Patrikios *et al.*, 2007) représenterait un facteur de protection pour la diminution des symptômes dépressifs chez les jeunes mères et pour le bien-être de leurs enfants. La perception d'une mère quant à la disponibilité de son réseau de soutien social sur sa santé psychologique, qu'elle soit adolescente ou adulte, serait déterminante (Kim, Connolly et Tamin, 2014). Ainsi, les mères adolescentes ou adultes qui bénéficient d'un soutien social qu'elles jugent satisfaisant au plan de la disponibilité, avant et après la naissance de leur enfant, seraient cinq fois moins susceptibles d'obtenir un résultat au-dessus du seuil clinique de dépression sur l'*Échelle de dépression post-partum d'Edinburg* (Cox, Holden et Sagovsky, 1987). À l'opposé, les mères adolescentes qui entretiennent des relations conflictuelles avec leurs parents (c.-à-d., perception de sa mère comme n'étant pas disponible ou de son père comme n'étant pas disponible et étant hostile) seraient plus à risque de présenter des symptômes de dépression pendant leur grossesse (Milan *et al.*, 2007). De plus, les mères adolescentes se retrouveraient souvent isolées à la suite de la nouvelle de la grossesse lorsque les relations qu'elles entretiennent avec leur entourage avant la grossesse sont précaires ou

lorsqu'elles ne sont pas investies dans une relation conjugale stable avec le père de leur enfant ou un conjoint (Wahn et Nissen, 2008; Whitman *et al.*, 2001).

La situation conjugale des mères adolescentes serait d'ailleurs plus fortement associée à leur état psychologique que leur expérience de parentalité à l'adolescence en soi (Kalil et Kunz, 2002). La présence du père de l'enfant dans la vie de ce dernier et de sa mère contribuerait à réduire les conséquences négatives de la dépression de la mère sur l'enfant (Lewin *et al.*, 2014). De plus, l'appréciation du soutien reçu par les mères adolescentes serait associée à moins de manifestations de troubles intériorisés du comportement chez leurs enfants entre les âges de 18 mois et cinq ans (Smith, Grau, Duran et Castellanos, 2013). Ceci suggère que le soutien offert par un partenaire contribuerait à diminuer le risque d'APPM par la mère adolescente – les difficultés de comportement de l'enfant étant considérés comme un important facteur de risque pour la maltraitance (Stith *et al.*, 2009) – et à favoriser le développement d'une meilleure relation mère-enfant (Black, Papas, Hussey, Dubowitz, Kotch et Starr, 2002; Lewin, Mitchell et Ronzio, 2013; Sellers *et al.*, 2011). La présence d'un partenaire serait également associé à de meilleures conditions socioéconomiques pour la jeune mère et son enfant (Black *et al.*, 2002; Lewin, Mitchell et Ronzio, 2013; Sellers *et al.*, 2011). Smith et ses collègues (2013) précisent, cependant, que les mères adolescentes apprécieraient davantage le soutien conjugal lorsque le conjoint accepte de s'investir dans une relation stable, qu'il demeure à la même adresse que la mère et qu'il est d'un âge se rapprochant du sien, qu'il soit ou non le père biologique de l'enfant.

Enfin, une intervention précoce en période prénatale, si elle est structurée, formalisée et intensive, réduirait de moitié le risque que court la mère adolescente de souffrir d'une dépression postpartum (Phipps *et al.*, 2013; Zlotnick *et al.*, 2006). En ce sens, non seulement la détection de la dépression devrait se faire auprès des mères adolescentes mais elle devrait aussi avoir lieu pendant la grossesse de la mère, dès le début de son suivi. De plus, l'évaluation de la mère devrait être subséquente et se réaliser régulièrement tout au long de son suivi. À cet effet, les résultats de l'étude de Phipps et ses collègues (2013) indiquent qu'aucune mère n'avait été diagnostiquée dépressive au moment de la naissance de l'enfant,

mais près de 20 % l'ont été six mois plus tard, ce qui suggère que des évaluations tout au long du suivi permettraient de détecter les signes de dépression dès leur apparition.

2.3.4. Difficultés parentales

Une étude québécoise menée par Emery, Paquette et Bigras (2008) suggère que la détresse parentale chez la mère adolescente, lorsqu'elle se présente en cooccurrence avec une précarité du réseau de soutien, serait associée au développement d'un attachement non optimal de l'enfant envers sa mère. De plus, ce serait la détresse psychologique chez la mère adolescente qui serait associée au risque accru de souffrir de détresse parentale. Or, l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance serait également non négligeable quant à son association à la détresse parentale et à la qualité de l'attachement mère-enfant pouvant en découler (Emery, Paquette et Bigras, 2008). En effet, l'expérience de maltraitance de la jeune mère serait elle-même associée à une prévalence plus élevée de détresse psychologique et à une plus faible satisfaction du réseau de soutien chez la mère adolescente. Cependant, la mesure utilisée par Emery et ses collègues tient compte de l'expérience générale de maltraitance de la jeune mère, ce qui ne permet pas d'évaluer quelles formes de maltraitance seraient le plus fortement associées à ces conditions.

Par ailleurs, les mères adolescentes ayant subi de la maltraitance physique dans leur enfance démontreraient moins d'aisance et de fluidité lors des interactions avec leur enfant, en plus de ressentir un plus grand sentiment d'incompétence face à leurs rôles parentaux, lorsque comparées à leurs pairs n'ayant pas subi de maltraitance (Milan *et al.*, 2004b). Ceci se traduirait par, notamment, un faible niveau de plaisir partagé avec l'enfant, un sentiment d'incompétence parentale et une moindre satisfaction quant à la réactivité exhibée par l'enfant. Milan et ses collègues soutiennent que la nature de cette relation mère-enfant placerait les enfants concernés à risque accru d'être maltraités par leurs mères.

À cet effet, les mères adolescentes seraient une fois et demie plus à risque que des mères adultes (également en situation de précarité socioéconomique) d'entretenir une relation

mère-enfant dysfonctionnelle avec leur enfant et de recevoir des services de protection de la jeunesse en lien avec cette particularité (Paquette, Bigras, Zoccolillo, Tremblay, Labelle et Azar, 2001). De plus, les mères adolescentes seraient près de deux fois plus à risque que les mères adultes d'utiliser des méthodes éducatives avec un contrôle excessif (traduction libre d'*overcontrolling*) envers leur enfant, qui se traduisent par de l'intrusion, de la sur-stimulation, ainsi qu'une faible sensibilité parentale. Ce serait, d'ailleurs, cet enjeu qui permettrait d'expliquer la nature dysfonctionnelle de la relation mère-enfant et qui contribuerait au risque d'APPM, notamment d'abus physique (Paquette *et al.*, 2001). Ceci dit, la qualité de la relation mère-enfant aurait des conséquences sur le tempérament de l'enfant, contribuant à une perception négative de la mère face à son enfant (Zeanah et Benoit, 2003, tels que cités par Milan *et al.*, 2004b). Or, il est entendu que le tempérament difficile de l'enfant représente un facteur de risque pour l'APPM (Stith *et al.*, 2009). Milan et ses collègues (2004b) soulignent, de plus, qu'une relation mère-enfant négative serait associée à un découragement chez la jeune mère et à une difficulté accrue à atteindre des objectifs de vie qu'elle s'était fixée. Or, le développement de l'autonomie et du pouvoir d'agir serait une condition favorable à la réduction du risque d'APPM chez les mères adolescentes (Dhayanandhan, Bohr et Connolly, 2015).

En contrepartie, une attitude positive de la mère adolescente face à la maternité, ainsi que des connaissances adéquates sur le développement des enfants et sur les bonnes pratiques parentales représentent des facteurs de protection contre l'APPM (Sommer, Whitman, Borkowski, Schellenbach *et al.*, 1993). Ceci dit, la parentalité à l'adolescence serait associée à une faible capacité de détection et d'évaluation des besoins de l'enfant, à la manifestation d'attentes irréalistes à l'égard de l'enfant, ainsi qu'à des connaissances parentales lacunaires, particulièrement lorsque la mère a subi une expérience de maltraitance dans l'enfance, notamment d'abus physique (Afifi, 2007; Bert, Guner et Lanzi, 2009) et d'abus émotionnel (Bert, Guner et Lanzi, 2009). La recension des écrits menée par Hassan et Paquette (2004) abonde dans le même sens et suggère que, malgré certains résultats contradictoires, il est généralement admis que les mères adolescentes détiennent de moins bonnes connaissances sur le développement des enfants. Elles auraient tendance à surestimer ou à sous-estimer les

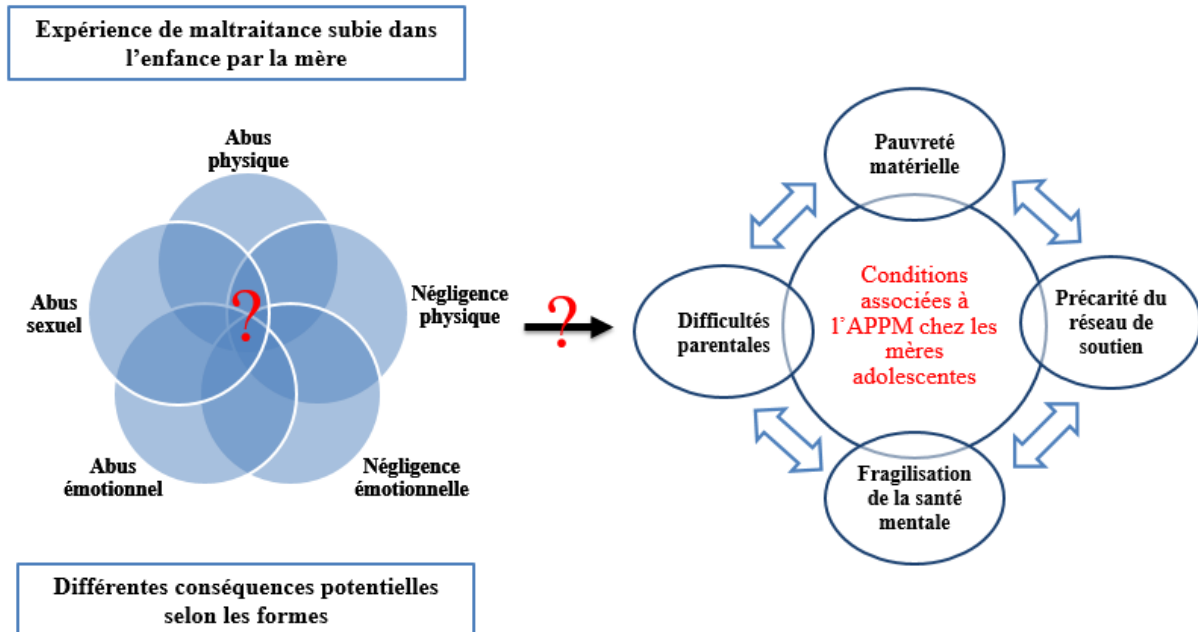
capacités développementales de leur enfant, ce qui place ces derniers à risque de subir de la maltraitance (méthodes éducatives déraisonnables) ou de la négligence (sous-stimulation).

2.4. Synthèse

Les mères adolescentes forment un groupe hétérogène. Elles sont susceptibles d'être affectées par la maternité de différentes manières et elles s'inscrivent dans des trajectoires de vie distinctes. Or, leurs expériences de maltraitance subie dans l'enfance, ainsi que les différentes conséquences associées aux formes de maltraitance subie, influencent leur réalité psychosociale et parentale. Les conséquences varient d'une forme de maltraitance à l'autre. Notamment, l'expérience d'abus sexuel semble être celle qui serait la plus délétère pour la personne. Cependant, les autres formes de maltraitance ne sont pas à négliger. Elles sont également associées à des conséquences potentielles qui, lorsqu'elles s'inscrivent dans une trajectoire de parentalité, peuvent placer la personne les ayant subies à risque d'APPM envers son enfant.

Dans le cas des mères adolescentes, il est généralement admis qu'elles représentent une population fortement à risque d'APPM. Or, la fréquence élevée et la diversité de l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance chez ces dernières suggère qu'il pourrait exister une association entre cette diversité et les différentes conditions associées à l'APPM que les mères sont susceptibles de présenter. À cet effet, différentes conditions sont mises de l'avant et elles relèvent de quatre domaines. La Figure 2 présente une synthèse de ces conditions et de leur association à l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance par la mère adolescente, selon les constats soulevés au terme de la recension des écrits.

Figure 2. Synthèse de la recension des écrits quant à l'association entre les expériences de maltraitance subie dans l'enfance et les conditions associées à l'APPM



La recension des écrits suggère que l'expérience de maltraitance, ainsi que les conséquences qu'elle engendre selon sa nature, peuvent être associées aux différentes conditions susceptibles de contribuer à l'APPM chez la mère adolescente. C'est pourquoi, selon les repères mis de l'avant par la théorie du traumatisme, examiner l'expérience de maltraitance de la mère apparaît essentiel à la compréhension de la problématique de transmission intergénérationnelle de la maltraitance. Or, tel que l'illustre la Figure 2, au terme de la recension des écrits, il demeure toujours ardu d'identifier clairement de quelles formes les expériences de maltraitance subie dans l'enfance par les jeunes mères sont composées et comment l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance de la mère, au-delà de ses formes individuelles, est associée au risque d'APPM qu'elle présente.

2.5. Objectif et questions de recherche

L'objectif de ce projet de recherche est de distinguer des variantes de l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance chez un groupe de mères adolescentes québécoises, selon ses différentes formes, et son association à des conditions considérées dans la littérature comme pouvant mener à l'APPM. Pour ce faire, les questions suivantes sont posées :

1. Quels sont les différents types d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance chez les mères adolescentes?
2. Comment les différents types d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance sont-ils associés aux conditions reconnues comme pouvant potentiellement mener à l'APPM chez les mères adolescentes?

Pour ce projet de recherche, une analyse exploratoire, basée sur un cadre d'analyse s'inscrivant dans la théorie axée sur le traumatisme qui met de l'avant l'importance d'étudier l'expérience de maltraitance en profondeur, pour comprendre le risque d'APPM, est privilégiée. En effet, même si certains repères cliniques ou des écrits portant sur une population générale ou sur des mères adultes pourraient mener à l'élaboration d'hypothèses, il n'existe pas, à notre connaissance, suffisamment de repères empiriques spécifiques aux mères adolescentes permettant d'en identifier avec suffisamment d'acuité.

Chapitre 3 : Méthodologie

Ce chapitre fait état de la méthodologie utilisée pour réaliser le projet de recherche. Ce chapitre se divise en trois sections. La première section est consacrée à la présentation de la méthodologie de l'étude *Évaluation du volet Programme de Soutien aux Jeunes Parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité* (Gendron *et al.*, 2014) dans le cadre de laquelle s'inscrit la thèse. La deuxième section présente la méthodologie propre au projet de recherche dont il est question dans cette thèse. Enfin, la troisième section présente la pertinence et les limites du projet de recherche, ainsi que ses considérations éthiques.

3.1. La méthodologie de l'étude évaluative sur le PSJP de Gendron *et al.* (2014)²

3.1.1. Méthode de collecte des données

L'étude de Gendron et ses collègues est longitudinale et repose sur un devis mixte (quantitatif et qualitatif). Sept méthodes de collecte de données ont été utilisées, dont des entrevues structurées et individuelles menées auprès de jeunes mères âgées de moins de 20 ans.³ Les thèmes abordés portaient sur des aspects socioéconomiques et sanitaires de leur vie pré et post accouchement. Les entrevues duraient d'une à trois heures et se déroulaient

² Plus de détails quant à l'ensemble de la méthodologie utilisée par Gendron et ses collègues sont disponibles dans les trois rapports publiés dans le cadre de l'étude, dont le premier est cité dans cette thèse (voir Gendron *et al.*, 2014).

³ Pour le projet de recherche dont il est question dans cette thèse, seules les données quantitatives recueillies par le biais des entrevues menées auprès des jeunes mères sont analysées, ce qui exclut celles menées auprès de pères, de conjoints, d'intervenants et de gestionnaires du PSJP.

généralement au domicile de la jeune mère. Les agentes de recherche ont été formées et supervisées au début de leur implication dans le projet. Elles ont également été observées de manière ponctuelle pendant leur travail afin de s'assurer du respect des processus établis liés à la collecte des données.

Des questionnaires maisons, ainsi que des outils d'évaluation validés ont été utilisés. La collecte de données a permis de réaliser une description des répondants, en plus de documenter les changements chez les jeunes mères et leurs enfants à travers le temps, à l'aide du suivi longitudinal réalisé de septembre 2006 à octobre 2010. Des collectes de données ont été effectuées lors de quatre temps de mesure, sur une période d'en moyenne 20 mois, soit à l'inscription des jeunes parents au PSJP (vers la 26^{ième} semaine de grossesse), pendant les dernières semaines avant l'accouchement (vers la 36^{ième} semaine de grossesse), ainsi qu'à 5 et 17 mois postpartum.

3.1.2. Stratégie d'échantillonnage

Quatre critères de sélection pour le recrutement des participantes ont été déterminés, soit (a) la mère devait être nouvellement inscrite au PSJP, (b) la mère devait être enceinte, (c) la mère devait être âgée de moins de 20 ans à la naissance de son enfant, et (d) la mère devait démontrer une bonne compréhension du français. Les mères ont été recrutées progressivement de 2006 à 2009. Chaque site de recrutement respectait ses propres processus, généralement en faisant la promotion de l'étude aux jeunes mères. Lorsque la jeune mère montrait un intérêt, ses coordonnées étaient transmises aux responsables du recrutement pour l'étude. Dans certains cas, il revenait aux intervenants de présenter l'étude aux jeunes mères qui leur semblaient les plus disposées à y participer. Gendron et ses collègues reconnaissent que ce procédé pourrait avoir engendré un certain biais de sélection mais la véritable ampleur de celui-ci n'est pas connue.

Au total, 541 jeunes femmes ont donné leur autorisation pour être contacté par les chercheurs. De celles-ci, 43 ne répondaient pas aux critères de sélection, neuf ont refusé de

participer et 38 n'ont pas donné suite. Les jeunes femmes ont reçu une compensation financière (20 à 35 \$ par collecte) pour leur participation à l'étude. Pour favoriser la création d'un lien de confiance et maximiser la rétention des participantes, une jeune femme était rencontrée par la même agente de recherche tout au long de sa participation à l'étude, dans la mesure du possible.

Au premier temps de mesure, l'échantillon de l'étude était composé de 451 répondantes provenant de 19 territoires desservis par un Centre de santé et de services sociaux dispensant des services dans le cadre du PSJP. 418 répondantes ont poursuivies leur participation à l'étude jusqu'au deuxième temps de mesure, puis 368 d'entre elles jusqu'au troisième temps de mesure. Ultimement, au quatrième temps de mesure, 291 jeunes mères participaient toujours à l'étude. Plus de 65 % des jeunes femmes ayant participé à la collecte des données au premier temps de mesure ont également participé à la quatrième collecte et 58 % des femmes ont pris part aux quatre collectes de données. En général, l'abandon des familles peut être expliqué par un désistement ou bien par un bris de contact et une impossibilité de les rejoindre. Le Tableau II présente une synthèse des caractéristiques des participantes à l'étude à leur entrée au PSJP tel que présentées dans le rapport de Gendron et ses collègues (2014 : 14-15).

Tableau II. Synthèse des caractéristiques des participantes à l'étude à leur entrée au PSJP
(Gendron *et al.*, 2014 : 14-15)

| Caractéristiques | Descriptif |
|--|--|
| Âge moyen | Moyenne : 18, 4 ans Écart-type : 1,18 (Minimum : 13 ans; Maximum : 20 ans) |
| Planification de cette grossesse | Le tiers des mères avait planifié leur grossesse. |
| Grossesse antérieure | Plus de 30 % des mères avaient connu une grossesse antérieure (pas nécessairement menée à terme) – Âge moyen à la première grossesse : 17,7 ans (Écart-type : 1,59). |
| Source de revenu durant la grossesse | Plus du tiers des mères avaient un revenu d'emploi; Près du deux tiers des mères étaient dépendantes financièrement (24 % d'entre elles bénéficiaient du soutien financier d'un parent ou d'un conjoint; 38 % d'entre elles vivaient principalement de prestations financière de l'État). |
| Scolarité au début de la grossesse | Près du quart des mères fréquentaient l'école ou avaient terminé le secondaire 5. |
| Situation conjugale en fin de grossesse | Près de 85 % des femmes étaient en relation avec le père de l'enfant. |

Les données présentées dans le Tableau II témoignent de l'hétérogénéité des mères adolescentes ayant participé à l'étude. À cet effet, Gendron et ses collègues ont mené une analyse de partitionnement de données afin de mettre en évidence la diversité des caractéristiques des jeunes mères. Pour mener cette analyse, 21 variables appartenant à trois dimensions différentes ont été utilisées, soit (a) Trajectoire et caractéristiques individuelles : âge du père de l'enfant à naître, âge de la jeune femme à la première grossesse, grossesse antérieure, âge de la mère de la jeune femme à sa première grossesse, décrochage scolaire, principale source de revenu, indice de masse corporelle, perception de l'état de santé avant la grossesse, tabagisme avant la grossesse, consommation de drogues avant la grossesse, expérience de maltraitance dans l'enfance, détresse psychologique, indice de situations stressogènes chroniques, autonomie, pouvoir d'agir interpersonnel, conscience critique personnelle; (b) Lien social : moment de la première visite chez le médecin durant la

grossesse, nombre de personnes dans l’entourage de la mère; et (c) Environnement proximal : cohabitation, indice d’appréciation du quartier, indice de densité d’occupation du logement. Au terme de cette analyse, une variable faisant état de trois réalités de vulnérabilité sociale et qui sera étudiée dans le cadre du projet de recherche dont il est question dans cette thèse a été créée (R1, R2, R3). Le Tableau III présente une synthèse des caractéristiques propre à chaque groupe (Gendron *et al.*, 2014 : 15-16).

Tableau III. Synthèse des caractéristiques propre à chaque groupe identifié par l’analyse de partitionnement des données de Gendron et ses collègues (2014 : 14-15)

| Groupe | Caractéristiques (à l’entrée dans le PSJP) |
|--------|--|
| R1 | <p>Il s’agit majoritairement d’une première grossesse;</p> <p>Les jeunes femmes sont, en moyenne, majeures;</p> <p>La principale source de revenu est un emploi, suivi de ressources de l’État;</p> <p>La majorité des pères des enfants à naître occupent un emploi.</p> |
| R2 | <p>Les jeunes femmes habitent toutes chez leurs parents, ou ceux de leur partenaire, durant la grossesse;</p> <p>Ces couples sont, en moyenne, plus jeunes et ont tendance à se connaître depuis moins longtemps que les autres parents de la cohorte; Leur principale source de revenu est l’aide de leurs parents;</p> <p>Ils ont moins tendance à participer à des cours prénataux ou à utiliser des ressources du quartier pour de l’aide matérielle.</p> |
| R3 | <p>Perception moins favorable de leur santé;</p> <p>Niveau de détresse psychologique plus élevé;</p> <p>La majorité des jeunes femmes n’en sont pas à leur première grossesse;</p> <p>Près de 90 % des jeunes femmes sont en situation de décrochage scolaire;</p> <p>Les jeunes femmes connaissent le père de l’enfant depuis au moins six mois et elles habitent avec lui;</p> <p>Plus forte consommation de drogues;</p> <p>Expérience de maltraitance subie dans l’enfance plus marquée;</p> <p>Leur source de revenu provient de l’État ou d’un emploi.</p> |

Les résultats de cette analyse de partitionnement des données permettent d'obtenir un portrait global et détaillé des participantes à l'étude. Les trois regroupements font référence à trois réalités distinctes de vulnérabilité sociale. Les mères appartenant au groupe R1 s'inscrivent dans ce que Gendron et ses collègues appellent une trajectoire s'apparentant davantage au parcours de jeunes adultes en devenir (Gendron *et al.*, 2014 :15). Elles sont plus vieilles et elles ou leur conjoint occupent un emploi. À l'opposé, les mères du groupe R2 sont plus jeunes et semblent dépendre de leur entourage pour la réponse à leurs besoins de base (logement et assistance matériel). Finalement, les mères du groupe R3 sont celles qui cumulent plus de conditions de précarité psychosociale. Elles ont une moins bonne santé (physique et mentale), sont en situation de décrochage scolaire et soutiennent avoir vécu des expériences de maltraitance dans l'enfance plus marquées que leurs pairs appartenant aux deux autres groupes. Cependant, elles seraient investies dans une relation de couple stable avec le père de leur enfant.

3.1.3. Analyse des données

Les analyses quantitatives ont été menées par le biais du logiciel SPSS. Plusieurs stratégies ont été mises en place, dans le but de maximiser la qualité de la saisie de données et minimiser le risque d'erreur. Les analyses sont de nature descriptive transversale (par temps de mesure) et comparative. Elles visaient ultimement à évaluer les services dispensés et l'intervention menée dans le cadre du PSJP. Des mesures agrégées ont permis de créer des indices servant à quantifier l'intensité de l'intervention en fonction des normes établis par le cadre de référence du PSJP. Ces mesures combinent la nature et le nombre de contacts réalisés par les intervenants et le moment auquel l'intervention se réalise. De plus, tel qu'indiqué dans la section précédente, une analyse de partitionnement des données a permis de créer une variable faisant état de trois sous-groupes présentant les réalités de vulnérabilité sociale des mères adolescentes qui diffèrent. Cette analyse a permis aux auteurs de faire état de l'hétérogénéité des mères qui ont participé à l'étude, de comparer leurs différentes trajectoires et d'évaluer les modalités d'intervention déployées selon les réalités des mères. Tel que

mentionné préalablement, cette variable sera également étudiée dans ce projet de recherche comme mesure de vulnérabilité sociale.

3.2. La méthodologie propre au projet de recherche

Dans cette section, la méthode de collecte des données, la stratégie d'échantillonnage, la définition des variables et mesures utilisées, ainsi que les analyses qui seront effectuées dans le cadre du projet de recherche seront présentées.

3.2.1. Méthodes de collecte des données

Le projet de recherche présenté dans cette thèse repose sur un devis quantitatif. Tel que mentionné préalablement, les données portant sur des aspects socioéconomiques et sanitaires de la vie pré et post accouchement des jeunes mères ont été recueillies dans le cadre de quatre entretiens individuels ayant eu lieu à l'inscription de la jeune mère au PSJP vers la 26^{ième} semaine de grossesse (T1), pendant les dernières semaines avant l'accouchement vers la 36^{ième} semaine de grossesse (T2), à 5 mois de vie du bébé (T3) et à 17 mois de vie du bébé (T4). Des questionnaires maisons, ainsi que des échelles de mesure validées ont été utilisés pour la collecte des données.

3.2.2. Stratégies d'échantillonnage

Les données provenant de mères ayant participées aux quatre collectes de données (aux quatre temps de mesure) seront utilisées pour les analyses (N=291). Cependant, trois répondantes pour lesquelles des données en lien avec l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance sont manquantes ont été exclues de l'échantillon. Pour cette thèse, ce sera donc un sous-échantillon composé de 288 mères qui sera à l'étude.

Des analyses comparatives quant aux variables ayant été mesurées avant le quatrième temps de mesure ont été menées afin d'évaluer s'il existe des différences significatives entre les mères du sous-échantillon et celles ayant mis fin à leur participation à l'étude avant le quatrième temps de mesure (voir Annexe 3). Les résultats indiquent qu'il existe des différences significatives ($p < .05$) entre les deux groupes de mères concernant une seule variable. Ceci suggère que le sous-échantillon utilisé pour notre étude est généralement représentatif de l'échantillon principal de Gendron et ses collègues (2014). La seule variable qui présente une différence significative est l'Indice d'intensité d'intervention postnatale pendant la période où l'enfant est âgé de 6 semaines à 7 mois. Les mères du sous-échantillon recevraient une intensité d'intervention plus élevée que les mères de l'échantillon principal pendant cette période. Ceci aurait pu avoir une incidence sur leur motivation à poursuivre leur participation à l'étude. Par ailleurs, deux autres variables présentent des différences qui ne sont pas statistiquement significatives mais qui tendent à l'être ($p > .05$ à $.10$), soit la Détresse psychologique (prénatale) et la Satisfaction du soutien reçu par le partenaire à 5 mois postpartum. En effet, les mères de notre sous-échantillon présentent des niveaux de détresse psychologique et de satisfaction du soutien reçu par leur partenaire à 5 mois postpartum légèrement inférieurs à ceux des mères ayant abandonnées l'étude avant le quatrième temps de mesure.

Ceci dit, le Tableau IV présente certaines caractéristiques du sous-échantillon retenu pour la présente étude.

Tableau IV. Caractéristiques des participantes du sous-échantillon à étude

| Caractéristiques | Descriptif |
|---|--|
| Âge moyen | Moyenne : 18.4 ans Écart-type : 1.08 (Minimum : 15 ans; Maximum : 20 ans) |
| Planification de cette grossesse | Près de 30 % des mères avait planifié leur grossesse. |
| Grossesse antérieure | Près de 30 % des mères ont connu une grossesse antérieure (pas nécessairement menée à terme) – Âge moyen à la première grossesse : 17,7 ans (Écart-type : 1,58). |
| Nombre d'enfants biologiques vivant avec la mère | Moyenne : 1.1 enfant Écart-type : 0.41 (Minimum : 0; Maximum : 3) |
| Situation de vie | Près de 60 % des mères habitent avec leur partenaire; Près de 80 % des mères habitent avec quelqu'un. |
| Situation conjugale | Près de 65 % des mères sont en couple depuis au moins un an. |
| Scolarité à 17 mois postpartum | 17 % des mères étaient aux études avant la naissance de leur enfant et le sont toujours à 17 mois postpartum; 7 % des mères étaient aux études avant la naissance de leur enfant mais ne sont pas encore retournées à 17 mois postpartum; Près de 30 % des mères n'étaient pas aux études avant la naissance de leur enfant mais le sont à 17 mois postpartum; Près de 44 % n'étaient pas aux études avant la naissance de leur enfant et ne sont pas encore retournées à 17 mois postpartum. |
| Source de revenu à 17 mois postpartum | Près de 65 % des mères dépendent de l'État; 20 % des mères ont un revenu d'emploi. Moins de 1 % des mères dépendent de l'aide financière de leurs parents, mais près de 15 % d'entre elles dépendent de leur partenaire. |

Les mères adolescentes qui composent le sous-échantillon à l'étude forment, elles aussi, un groupe hétérogène. Or, certaines tendances peuvent être soulevées. Elles sont, en moyenne, âgées de plus de 18 ans et la majorité d'entre elles n'habitent pas seules et sont en relation de couple stable. Enfin, même si près de 65 % des mères dépendent de l'État pour leur source de revenu, près de la moitié d'entre elles avaient repris les études à 17 mois postpartum.

3.2.3. Définition des variables et mesures utilisées⁴

3.2.3.1. Expérience de maltraitance subie dans l'enfance

La variable Expérience de maltraitance subie dans l'enfance a été mesurée au premier temps de mesure à l'aide de la version abrégée du CTQ de Bernstein et Fink (1998) (Annexe 5). Cet outil a été validé auprès d'une population de près de 400 adolescents âgés de 12 à 17 ans ayant des problèmes de santé mentale (Bernstein, Ahluvalia, Pogge et Handelsman, 1997). Il a également été traduit et validé en français (au Québec) (Paquette *et al.*, 2004). Par ailleurs, sa version abrégée a récemment été validée auprès d'une population composée de jeunes âgés en moyenne de 20 ans vivant en situation de précarité socioéconomique et les caractéristiques psychométriques de l'outil original demeurent (Forde, Baron, Scher et Stein, 2011).

Le CTQ permet de documenter l'occurrence de cinq formes de maltraitance subie durant l'enfance, ce qui génère cinq variables différentes, soient l'abus émotionnel (qui fait référence aux mauvais traitements psychologiques portant atteinte à l'intégrité, au développement ou à la sécurité), l'abus physique (qui fait référence à des sévices corporels), l'abus sexuel (qui fait référence à des sévices sexuels), la négligence émotionnelle (qui fait référence à des manquements au plan de la réponse aux besoins psychologiques ou émotifs) et

⁴ L'Annexe 4 offre un tableau sommaire des différentes échelles utilisées pour la collecte des données et les qualités psychométriques de celles-ci.

la négligence physique (qui fait référence à des manquements au plan de la réponse aux besoins physiques de base).

Le CTQ se complète selon les perceptions auto-rapportées des répondantes. Les questions sont simples et portent sur le soutien émotionnel et affectif reçus à l'enfance, à la qualité des soins octroyés et aux expériences de victimisation. Il comporte 28 items (affirmations) pour lesquels les répondantes doivent sélectionner un des cinq choix sur une échelle de Likert variant de *jamais vrai* (un point) à *très souvent vrai* (cinq point). Le CTQ comprend également trois questions servant à détecter les fausses affirmations en lien avec le vécu de maltraitance ou bien la minimisation de la gravité des événements. Au CTQ, plus le score est élevé, plus l'expérience de maltraitance du répondant peut être considérée sévère. Le CTQ permet le calcul de six différents scores, soit un score global d'expérience de maltraitance et un score par forme de maltraitance. Le score par forme de maltraitance permet alors de classer la gravité de l'expérience pour chaque forme. À cet effet, il existe quatre différentes classifications de la gravité de l'expérience de maltraitance selon les scores obtenus, soit (a) aucune à faible, (b) faible à modérée, (c) modérée à sévère, et (d) sévère à extrême. Chaque type ou forme de maltraitance a ses propres points de césure pour chaque classification (Annexe 6).

3.2.3.2. Autres variables

Différentes variables sont mesurées à l'aide de questionnaires maisons. La sélection de celles-ci se base sur les concepts pertinents tirés de la recension des écrits et des variables à disponibles dans le cadre de l'étude. Le Tableau V les présente.

Tableau V. Autres variables mesurées à l'aide de questionnaires maisons

| Dimension à l'étude | Variables | Description | Temps de mesure |
|---------------------|-------------------------------|---|-----------------|
| Socioéconomique | Âge | Âge au début de la participation à l'étude | T1 |
| Socioéconomique | Première grossesse | S'agit-il d'une première grossesse? Variable dichotomique | T1 |
| Socioéconomique | Âge à la première grossesse | Âge de la mère à sa première grossesse | T1 |
| Socioéconomique | Planification de la grossesse | Cette grossesse était-elle planifiée? Variable dichotomique | T1 |
| Socioéconomique | Niveau de scolarité | Quel est le niveau de scolarité atteint? Échelle de 0 à 17 en fonction des différents grades | T1 et T4 |
| Socioéconomique | Trajectoire de scolarité | Quelle est la trajectoire de scolarité de la mère à 17 mois? Quatre variables dichotomiques : (a) aux études avant la naissance de l'enfant et aux études à 17 mois postpartum, (b) aux études avant la naissance de l'enfant et pas aux études à 17 mois postpartum, (c) pas aux études avant la naissance de l'enfant et aux études à 17 mois postpartum, et (d) pas aux études avant la naissance de leur enfant et pas aux études à 17 mois postpartum | T4 |
| Socioéconomique | Principale source de revenu | Quelle est la source de revenu de la mère? Variable catégorielle: (a) salaire, (b) prestations d'aide-sociale, (c) prestations d'assurance-emploi, (d) allocations familiales, (e) prestations du Régime parental d'assurance parentale, (f) prêts et bourses, (g) aide financière des parents, (h) aide financière du partenaire, (i) pension alimentaire, (j) prestations de la CSST, (k) sans revenu, (l) prestations d'emploi-Québec, ou (m) autres Pour analyser cette variable, une dichotomie sera privilégiée, soit en créant deux catégories : « revenu généré par l'emploi (salaire) » et « revenu généré par d'autres sources ». | T1 et T4 |
| Socioéconomique | Nombre d'enfants biologiques | Le nombre d'enfants biologiques qu'a la mère | T4 |

Suite du Tableau V.

| Dimension à l'étude | Variables | Description | Temps de mesure |
|--------------------------|---|---|-----------------|
| Socioéconomique | Nouvelle grossesse depuis le bébé | La mère est-elle devenue enceinte depuis la naissance de son enfant? Variable dichotomique | T4 |
| Réseau de soutien | Situation conjugale | La mère est-elle avec le même partenaire depuis au moins un an? Variable dichotomique | T4 |
| Réseau de soutien | Situation de vie | La mère habite-elle avec son partenaire? Variable dichotomique. | T4 |
| Réseau de soutien | Ressources pour soutien matériel, émotionnel et informationnel | Quelles sont les ressources que privilégie la mère pour recevoir de l'aide ou de l'information pour s'organiser dans la vie de tous les jours (meubles, transport, aide budget)? Quelles sont les ressources que privilégie la mère pour recevoir de l'aide ou de l'écoute au plan émotionnel? Quelles sont les ressources que privilégie la mère pour recevoir de l'aide ou du soutien informationnel (information, conseils pour soi, partenaire, enfant, dans la vie de tous les jours)? Variable catégorielle : (a) réseau informel (famille, amis, voisins...), (b) réseau formel institutionnel (CLSC, clinique, services sociaux...), (c) réseau formel communautaire (organisme ou service communautaire), (d) Internet, (e) livres, ou (f) autres | T4 |
| Réseau de soutien | Perception des services PSJP reçus au cours des trois derniers mois | La mère a-t-elle reçu des services PSJP au cours des trois derniers mois? Variable dichotomique | T4 |
| Réseau de soutien | Satisfaction au plan de la fréquence de l'intervention reçue au cours des trois derniers mois | La mère est-elle satisfaite au plan de la fréquence de l'intervention PSJP au cours des trois derniers mois? Variable catégorielle : (a) pas assez fréquente, (b) assez fréquents, (c) trop fréquents, ou (d) ne souhaite pas de contacts » | T4 |

Suite du Tableau V.

| Dimension à l'étude | Variables | Description | Temps de mesure |
|---------------------|---|--|-----------------|
| Santé mentale | Perception de la santé | Auto perception de la santé de la mère Échelle : 1 = excellente; 2 = très bonne; 3 = bonne; 4 = passable; 5 = mauvaise Variable continue ou dichotomique (1= 1 et 2; 0= 3 à 5) | T2, T3 et T4 |
| Santé mentale | Présence de troubles nerveux, émotifs ou psychologiques | La mère a-t-elle déjà reçu un diagnostic de troubles nerveux, émotifs ou psychologiques? Variable dichotomique | T2 |
| Parentalité | Contact avec la DPJ | La mère a-t-elle eu un contact avec la DPJ pour son enfant? Variable dichotomique | T3 et T4 |
| Globale | Réalité de vulnérabilité sociale | Variable créée par Gendron et ses collègues (2014) à l'aide d'une analyse de partitionnement des données (21 variables) (voir section 4.1.2.) | T1 |

À ces variables, s'ajoutent celles-ci, mesurées à l'aide d'instruments validés:

Conditions socioéconomiques

Insécurité alimentaire

Cette variable a été mesurée au troisième temps de mesure à l'aide de la *Radimer/Cornell hunger scale* (Kendall, Olson et Frongillo, 1994; traduite par Gendron *et al.*, 2014) (Annexe 7). Il s'agit d'une échelle à sept questions qui permet de mesurer le sentiment d'insécurité alimentaire chez la personne dans sa vie de tous les jours. Elle est composée d'une échelle de Likert à trois niveaux, soit (a) *souvent vrai*, (b) *parfois vrai* et (c) *jamais vrai*. Pour

cette échelle, plus le score est élevé (maximum, 14), plus le sentiment d'insécurité alimentaire est profond. Les scores seront présentés en fonction du score moyen obtenu par question.

Adéquation des ressources matérielles

Cette variable a été mesurée aux troisième et quatrième temps de mesure à l'aide de l'échelle d'*Adéquation des ressources matérielles* de Dunst, Trivette et Deal (1988) (Annexe 8). Elle comprend 22 items portant sur les conditions de vie au cours de la dernière année et 10 items portant sur les conditions de vie depuis la naissance du bébé, avec une échelle de Likert à quatre niveaux variant de *besoins jamais satisfaits* à *besoins satisfaits presque toujours*. Plus le score est élevé, moins la répondante considère qu'elle est en situation de pauvreté matérielle. Pour cette échelle, les scores seront présentés selon les totaux obtenus.

Conditions en lien avec le réseau de soutien

Appréciation de l'alliance parentale – Grand-mère maternelle

Cette variable est mesurée au troisième temps de mesure à l'aide de l'échelle *Inventaire sur l'alliance parentale* d'Abidin et Brunner (1995, tel que cités par Gendron *et al.*, 2014; traduite et adaptée par Gendron *et al.*, 2014) (Annexe 9). Cette échelle permet de mesurer l'appréciation de l'alliance parentale avec la grand-mère maternelle. L'échelle contient 20 items avec une échelle de Likert à cinq niveaux variant de *tout à fait d'accord* à *tout à fait en désaccord*. Un score élevé témoigne d'une faible appréciation de l'alliance parentale.

Satisfaction du réseau de soutien – Conjoint et Entourage

Cette variable a été mesurée par l'entremise de l'échelle *Inventaire des Comportements de Soutien* (Brown, 1986a; 1986b, traduite par Goulet, Polomeno, Laizner, Marcil et Lang,

2003) (Annexe 10), aux deuxième, troisième et quatrième (version abrégée) temps de mesure. Cet outil permet de mesurer la satisfaction des répondantes par rapport au soutien, au réconfort, ainsi qu'à l'aide reçus par l'entourage, ainsi que par le partenaire (conjoint). Il comprend donc deux sous-échelles de Likert à six niveaux variant de *Insatisfait* à *Très satisfait*: une pour mesurer la satisfaction du soutien émotionnel, instrumental et informationnel octroyé par l'entourage et l'autre pour celui octroyé par le partenaire/conjoint. Un score élevé indique une satisfaction élevée. Les scores seront présentés selon le score moyen obtenu par question.

Conditions en lien avec la santé mentale

Autonomie

Cette variable a été mesurée au premier temps de mesure à l'aide de l'*Échelle d'autonomie de l'adolescent* de Deslandes, Potvin et Leclerc (1999) (Annexe 11). Cette échelle, traduite du *Psychosocial Maturity Inventory* (Greenberger, Josselson, Knerr et Knerr, 1975) et validée au Québec par Deslandes et ses collègues, permet de mesurer le sentiment d'indépendance, d'autonomie et d'estime de soi chez l'adolescent. Elle comprend 30 items avec une échelle de Likert à quatre niveaux variant de *tout à fait d'accord* à *tout à fait en désaccord*. Plus le score est élevé, plus la répondante fait preuve d'un bon sens des responsabilités, d'une autonomie et d'une indépendance marquées, ainsi que d'une bonne confiance en soi.

Détresse psychologique

Cette variable a été mesurée aux premier et quatrième temps de mesure à l'aide de l'*Échelle de mesure de manifestations de la détresse psychologique* de Massé, Poulin, Dassa, Lambert, Bélair et Battaglini (1998), traduite en français par Paquette, Laporte, Bigras et Zoccolillo (2004) (Annexe 12). Il est à noter que pour la passation au dernier temps de mesure,

une version abrégée de l'échelle a été utilisée et elle comprend 23 items. À partir de l'expérience vécue au cours du dernier mois, les répondantes devaient répondre à 48 items qui font état de différentes manifestations associées à la détresse psychologique, avec une échelle de Likert à cinq niveaux variant de *jamais ressenti* à *presque toujours ressenti*. Un score élevé représente une présence élevée de symptômes associés à la détresse psychologique, et non un diagnostic de détresse psychologique (Poulin, Lemoine, Poirier et Lambert, 2005). Ainsi, même si cette échelle n'est pas un outil d'évaluation clinique, elle permet de détecter chez un groupe de répondants des indicateurs relatifs à la détresse psychologique. Pour ce faire, les auteurs de l'étude évaluative sur le PSJP (Gendron *et al.*, 2014) avaient utilisé le point de césure de 24.5 retenu par Poulin, Lemoine, Poirier et Lambert (2005). Ce même point de césure sera utilisé pour l'étude qui sera menée dans le cadre de cette thèse et les scores seront présentés selon le total obtenu sur l'échelle ou de manière dichotomique.

Dépression

Cette variable a été mesurée au troisième temps de mesure, à l'aide de l'*Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg* (Cox, Holden et Sagovsky, 1987; traduite par Séguin *et al.*, 1983, tels que cités par Gendron *et al.*, 2014; adaptée au Québec par Martin et Boyer, 1995, tel que cités par Gendron *et al.*, 2014) (Annexe 13). En 10 items, cette échelle permet de mesurer la présence de symptômes dépressifs postpartum, au cours des sept derniers jours précédents la passation. C'est une échelle de Likert à quatre niveaux variant de *oui/beaucoup* à *pas du tout/presque pas* produisant un score total variant de zéro à 30. Un score de 10 et plus, particulièrement de 13 et plus, suggère la présence de symptômes dépressifs chez la mère. Les scores seront présentés selon la moyenne obtenue sur les questions de l'échelle ou de manière dichotomique.

Conditions en lien avec la parentalité

Sensibilité parentale

Cette variable a été mesurée au troisième temps de mesure par le biais de l'*Échelle de sensibilité parentale* de Bell, St-Cyr Tribble et Paul (2001, tel que cités par Gendron *et al.*, 2014) (Annexe 14). L'échelle permet de mesurer la qualité du lien affectif mère-enfant. Il s'agit d'une échelle de Likert à cinq niveaux variant de *tout à fait d'accord* à *tout à fait en désaccord* composée de 33 items. Pour cette échelle, plus le score est élevé, plus la sensibilité parentale est présente et le lien affectif mère-enfant fort. Les scores seront présentés selon la moyenne obtenue par item sur l'échelle

Détresse parentale

Cette variable a été mesurée par le biais d'une sous-échelle de l'*Indice de stress parental – version abrégée* (Abidin, 1995), traduite par Bell, St-Cyr Tribble et Paul (2001, tel que cités par Gendron *et al.*, 2014) (Annexe 15), au quatrième temps de mesure. Cette échelle aborde, notamment, l'état de détresse parentale chez la mère (notamment, son intérêt face aux activités quotidiennes, sa fatigue et sa perception quant aux responsabilités parentales). Elle est composée de 12 items (items 1 à 12) avec une échelle de Likert à cinq niveaux variant de *vraiment en désaccord* à *vraiment en accord*. Pour cette échelle, plus le score est élevé, plus la détresse parentale est marquée. Pour cette échelle, un seuil de 33 est établi pour indiquer la présence d'une détresse parentale chez la mère (Gendron *et al.*, 2014). Les scores seront présentés selon le total obtenu sur l'échelle ou de manière dichotomique.

Interaction parent-enfant dysfonctionnelle

Cette variable a été mesurée par le biais d'une sous-échelle de l'*Indice de stress parental – version abrégée* (Abidin, 1995), traduite par Bell, St-Cyr Tribble et Paul (2001, tel que cités par Gendron *et al.*, 2014) (Annexe 15), au quatrième temps de mesure. Cette échelle

aborde, notamment, la nature de la relation entretenue avec le bébé, le lien affectif qui unit la mère à son enfant, le tempérament du bébé, ainsi que les connaissances de la mère concernant les besoins du bébé. Elle fait référence à la perception du parent envers son enfant et l'apport que ce dernier lui procure. Elle est composée de 14 items (items 13 à 26) avec une échelle de Likert à cinq niveaux variant de *vraiment en désaccord* à *vraiment en accord*. Pour cette échelle, plus le score est élevé, plus les interactions parent-enfant peuvent être considérées dysfonctionnelles (point de césure établi à 26) et peuvent faire référence à une absence ou à un faible lien affectif entre le parent et son enfant, ainsi qu'à un risque d'APPM (Mash et Johnston, 1983 – tel que mesuré pour une version antérieure de l'outil). Pour cette échelle, les scores seront présentés de manière dichotomique.

Connaissances sur le développement des enfants

Cette variable a été mesurée au deuxième temps de mesure à l'aide de l'échelle *Inventaire des connaissances du développement* (MacPhee, 1981, 2002; traduite par le Laboratoire d'études sur le nourrisson de l'Université du Québec à Montréal) (Annexe 16). Elle permet d'évaluer l'étendue des connaissances de la mère quant au développement de son enfant avant sa naissance, ainsi que sa confiance en soi face à ses connaissances. L'échelle comporte 58 items avec une échelle de Likert à trois niveaux, soit (a) *d'accord*, (b) *pas d'accord*, et (c) *pas certaine*. L'analyse des scores permet, notamment, d'évaluer la surestimation et la sous-estimation de l'enfant par la mère. Les scores seront présentés en fonction des analyses de ratio par question.

3.2.4. Analyse des données

En premier lieu, des analyses descriptives et de fréquence seront menées sur la variable « expérience de maltraitance subie dans l'enfance » (et ses sous-variables) ainsi que sur les autres variables représentant les conditions associées à l'APPM. Ces analyses visent à présenter un portrait des mères adolescentes quant à leur expérience de maltraitance subie

dans l'enfance et à la prévalence des conditions reconnues dans la littérature comme pouvant mener à l'APPM. Elles permettront, également, d'évaluer quelles variables sont corrélées entre elles, par le biais d'analyses de corrélation de Pearson, ainsi que leurs puissance et taille d'effet.

Ensuite, une analyse de partitionnement des données sera menée en utilisant uniquement les variables liées à l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance. Pour cette analyse, la variable « expérience de maltraitance subie dans l'enfance » sera utilisée dans sa forme catégorielle (quatre intensités d'expérience) afin de pouvoir décrire qualitativement la constitution des groupes qui seront formés. Cinq sous-variables seront donc utilisées, une pour chaque forme de maltraitance. Cette analyse permettra de répondre à la première question de recherche qui vise à étudier les particularités de l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance chez les mères en tentant d'identifier des types d'expérience. L'analyse de partitionnement des données permettra de rassembler en des groupes homogènes l'échantillon à l'étude qui est, à la base, hétérogène (Everitt, Landau et Lesse, 2001). Puisque les analyses se veulent avant tout exploratoires, le nombre de groupe ne sera pas sélectionné préalablement à l'analyse. Nous opterons pour une analyse de classification ascendante hiérarchique qui part du principe que tous les sujets se trouvent dans des classes isolées et qui les regroupe un à un jusqu'à l'obtention de classes de plus en plus grandes et donc de moins en moins nombreuses. Le nombre final de groupes résultant de l'analyse sera ensuite déterminé à l'aide d'un dendrogramme et leur constitution à l'aide d'un examen de fréquences et d'analyses par tableaux de contingence.

Ceci dit, il importe de mentionner que l'analyse de classification ascendante hiérarchique comporte un certain risque au plan l'identification du nombre de groupes. En effet, contrairement à un partitionnement en K-moyennes qui permet de lier les participants d'une étude à un nombre prédéterminé de groupes, l'analyse de classification ascendante hiérarchique se veut davantage exploratoire et propose de rassembler les participants un à un jusqu'à l'obtention du plus petit nombre de groupes possibles. Elle ne permet pas non plus

d'utiliser le critère Bayésien de Schwartz (BIC), comme avec la méthode en deux étapes, qui permet une identification plus précise du nombre de groupes. Pour pallier à ceci, une analyse discriminante sera menée dans le but de valider le nombre de groupes ayant été identifiés. L'analyse discriminante fait l'opposé de l'analyse de partitionnement des données: elle tente de prédire l'appartenance aux groupes au lieu de tenter d'isoler des groupes. Elle comporte différents tests statistiques, notamment le test des fonctions ($= \text{nombre de groupes} - 1$) qui permet de vérifier si le modèle statistique utilisé pour créer les groupes est valide et significatif.

Dans un troisième temps, des analyses de variance univariée (ANOVA) (pour les variables continues) et par tableaux de convergence (pour les variables catégorielles) seront menées, afin d'évaluer l'association entre l'appartenance aux types d'expériences de maltraitance subie dans l'enfance (résultats de l'analyse de partitionnement des données) et les différentes variables qui représentent des conditions associées à l'APPM chez les mères adolescentes. Pour les analyses de variance, le test *post hoc* Games-Howell sera effectué. Cette procédure est appropriée puisque certaines de nos données sont anormalement distribuées (Legendre et Legendre, 2012), notamment au plan de l'expérience de maltraitance, et que le nombre de mères qui composent chaque groupe identifié par l'analyse de partitionnement des données varie selon les groupes. Le test *post hoc* de Bonferroni sera ensuite, également, mené pour minimiser les erreurs de type 1 (faux significatifs). Par ailleurs, pour les analyses par tableaux de contingence, les indices de déviation de Freeman-Tukey (FT) (Sokal et Rohlf, 1981) seront calculés (*post hoc*). Cet indice calcule le degré de différence entre les données disponibles et la normalité à laquelle on pourrait s'attendre. Le critère de Sokal permet de constater où se situent les personnes d'un groupe par rapport à la norme estimée et donc aux personnes qui composent les autres groupes. Ceci facilite l'interprétation du tableau de contingence. Nous aurions également pu effectuer une variante du test *post hoc* de Fisher adaptée au format de nos tableaux de contingence, mais nous jugeons que ce n'est pas essentiel, puisque nous avons un échantillon nombreux, un nombre de cellules bas et des fréquences élevées dans les cellules (Legendre et Legendre, 2012).

Dans un quatrième temps, des analyses en contexte multivarié (avec les variables qui s'avèreront significatives par le biais des ANOVA) seront réalisées, afin d'évaluer quelles variables, lorsqu'en interaction, demeurent les plus significativement associées à l'appartenance aux groupes identifiés par l'analyse de partitionnement des données. Considérant la contrainte du nombre de variables qu'il est suggéré d'utiliser selon la taille de notre échantillon, nous inclurons préférentiellement des variables ayant été mesurées à l'aide d'échelles validées qui représentent bien les dimensions à l'étude. Ainsi, par exemple, au lieu d'utiliser les variables *source de revenu* et *niveau de scolarité complété*, la variable *adéquation des ressources matérielles*, qui permet de mesurer les conditions socioéconomiques d'existence des mères, pourrait être privilégiée. D'abord, une analyse de variance multivariée (MANOVA) sera menée, les tests *post hoc* Games-Howell et Bonferroni. Cette analyse permettra, en plus de vérifier les associations des variables à l'appartenance aux groupes, de valider les associations significatives soulevées par les analyses de variance univariée. Enfin, des analyses de régression logistique binaire avec la méthode pas-à-pas (*stepwise*) descendante seront réalisées, afin de préciser les différences au plan de l'appartenance à chaque groupe en contexte multivarié. Pour ces analyses, chaque groupe sera comparé aux autres, alors que les autres seront amalgamés. Ainsi, la variable dépendante dichotomique se présentera sous cette forme : 1= appartenance au groupe à l'étude; 0= appartenance aux autres groupes.

Ceci dit, typiquement, lorsqu'il est question d'analyses de régression, la méthode pas-à-pas, qui consiste à construire un modèle basé uniquement sur la signifiante statistique des variables, est généralement à éviter, puisqu'elle implique d'exclure le processus théorique pour le choix et le traitement des variables que l'on retrouve dans d'autres méthodes de régression (Pallant, 2010). Or, dans ce cas-ci, seules les variables s'étant avérées significativement associées aux différents types d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance, à la suite de la MANOVA, seront utilisées. Ainsi, le choix des variables utilisées pour les analyses de régression repose sur les analyses préalables, ce qui nous apparaît adéquat considérant le caractère exploratoire de notre étude. De plus, ces analyses ne seront pas interprétées dans le but de prédire l'effet d'une variable sur les autres (Pallant, 2010). Elles

serviront, plutôt, à examiner les associations entre les variables représentant des conditions associées à l'APPM et les différents types d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance, sans prétendre de causalité directionnelle entre les variables.

Par ailleurs, pour l'ensemble de ces analyses, les valeurs p (niveau de signification statistique quant aux associations soulevées entre les variables) s'établissent ainsi :

- Différence jugée significative : $p \leq 0,05$
- Différence permettant de considérer une tendance : $p > 0,05$ à $0,10$
- Différence jugée non significative : $p > 0,10$

Les analyses statistiques seront majoritairement effectuées à l'aide du logiciel statistique SPSS. Cependant, le logiciel Excel sera utilisé pour calculer l'indice de déviation Freeman-Tukey (Sokal et Rohlf, 1981) pour les analyses par tableaux de contingence, ainsi que pour interpréter le rapport des cotes généré par les régressions logistiques binaires pour les variables continues.

3.3. Implications et considérations en lien avec le projet de recherche

Dans cette section, la pertinence du projet de recherche, ses limites, ainsi que ses considérations éthiques sont présentées.

3.3.1. Pertinence de la recherche

Le projet de recherche dont il est question dans cette thèse se rattache de près à la pratique en travail social. En effet, il s'inscrit dans une étude portant sur le PSJP qui est un programme d'intervention précoce qui était offert dans les CISSS et CIUSSS du Québec et qui visait le mieux-être des parents adolescents et de leurs enfants par le biais de l'intervention

psychosociale (offerte principalement par des travailleurs sociaux ou par des agents de relations humaines) et sanitaire (offerte principalement par des infirmières). Bien que le PSJP n'existe plus en soi, le programme SIPPE, grand programme qui le chapeautait, existe toujours et continue de desservir la population des jeunes parents (Gendron *et al.*, 2014) de la même manière et selon les mêmes objectifs. Puisque des parallèles avec l'intervention seront dressés, les résultats de ce projet de recherche pourraient contribuer à mieux comprendre la réalité des mères adolescentes qui utilisent ce programme et, ainsi, à améliorer les pratiques et les services qui leur sont offerts par les intervenants sociaux.

De plus, tel que mentionné préalablement, les interventions adaptées aux mères adolescentes présentant des problèmes de santé mentale ou un état de détresse psychologique, causé notamment par une expérience de maltraitance subie dans l'enfance, sont actuellement peu développées (Edwards *et al.*, 2012; Gavin, Lindhorst et Lohr, 2011; Holub *et al.*, 2007) et elles bénéficieraient de l'être davantage particulièrement en travail social (Payne et Anastas, 2015). Cette réalité, qui touche une importante proportion de jeunes mères, pourrait avoir une incidence négative sur leur trajectoire de vie, leur transition à la vie adulte, ainsi que sur le développement et la sécurité de leurs enfants (voir chapitre 2). Qui plus est, le cadre d'analyse qui s'inscrit dans la théorie axée sur le traumatisme et qui suggère de porter une attention particulière aux expériences de maltraitance subies dans l'enfance, est très peu utilisé en travail social, que ce soit en intervention ou en recherche. Le projet de recherche vise donc à diversifier les connaissances dans notre domaine, afin de potentiellement arriver à une diversification de la pratique. Il vise à offrir des pistes de réflexion et des assises scientifiques aux bâtisseurs de programmes sociaux, aux gestionnaires, ainsi qu'aux intervenants qui tentent de prévenir l'APPM chez les mères adolescentes.

Reconnaître la prévalence élevée de l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance par les jeunes mères et explorer les types d'expérience les plus significatifs, ainsi que leur association aux différents facteurs de risque de l'APPM, revêt une grande importance. Ceci pourrait contribuer à mettre en lumière des indicateurs permettant de mieux orienter les interventions en fonction des particularités du type de chaque jeune mère, vers une pratique et une offre de services plus efficace et mieux adaptée à sa réalité et à la priorisation de ses

besoins. Dans un contexte où les ressources sont de plus en plus limitées, élargir nos connaissances et viser la reconnaissance d'indicateurs favorisant une lecture plus efficace des réalités des mères adolescentes est souhaitable (Noll, 2008).

3.3.2. Limites de la recherche

Le projet de recherche comporte certaines limites. D'abord, il est impossible de vérifier si les associations entre l'expérience de maltraitance dans l'enfance et les conditions associées à l'APPM identifiées dans le cadre du projet de recherche perdurent dans le temps. Il importe donc de souligner que les résultats qui découleront de la recherche doivent être analysés selon le contexte et les temps de mesure dans lesquels ils s'inscrivent. Qui plus est, tout au long du projet, la notion de prévention de la maltraitance est abordée. Or, en réalité, il a été impossible d'évaluer la présence de réels comportements parentaux maltraitants chez les répondantes de l'étude PSJP et par conséquent, dans le cadre de cette étude.

Ensuite, il importe de souligner que les jeunes mères ayant participé à l'étude de Gendron et ses collègues (2014) ont été recrutées dans un contexte particulier et balisé. De plus, l'échantillon représente une population relativement homogène au plan de l'appartenance ethnique. Il s'agit majoritairement de femmes francophones nées au Québec. Il est donc impossible de prétendre que ces participantes représentent l'ensemble des mères adolescentes québécoises ou que les résultats obtenus peuvent tous être généralisés.

Par ailleurs, les données à l'étude sont auto-rapportées. Le devis de recherche, qui inclue des analyses transversales basées sur des données rétrospectives, est sujet aux distorsions cognitives, aux pertes mnésiques et aux difficultés de rappel chez les répondantes (Boislard et Poulin, 2015). Ceci implique, même si l'utilisation d'échelles validées a été priorisée, un risque d'un certain biais et donc une potentielle atteinte à la validité des données. Certains auteurs affirment que les données auto-rapportées permettraient de saisir plus en profondeur l'étendue et la nature des difficultés intériorisées, surtout lorsque les participants à l'étude sont des jeunes et que les variables mesurées sont le vécu de maltraitance et les

conditions qui y sont associées (Carlson et Dalenberg, 2000; Nader, 2008, tel que cité dans Milot, Collin-Vézina et Milne, 2013). En effet, les jeunes déclareraient généralement plus de difficultés que des membres de leur entourage appelés à faire état de leurs impressions sur ces jeunes (Nader, 2008, tel que cité dans Milot, Collin-Vézina et Milne, 2013). Cependant, il est recommandé d'utiliser d'autres sources d'information (par exemple, d'autres échelles complétées par les proches) afin de pouvoir valider la véracité et l'exactitude des faits, en plus d'obtenir de l'information plus diversifiée (Grills et Ollendick, 2002 et Nader, 2008 tel que cités dans Milot, Collin-Vézina et Milne, 2013), ce qui n'a pas été fait dans le cadre de ce projet de recherche.

De plus, certains repères théoriques suggèrent de prendre en considération le contexte dans lequel ont eu lieu les expériences de maltraitance dans l'enfance. Cependant, outre les données quant à la gravité de l'expérience, il n'est pas possible d'évaluer le contexte (e.g., âge exact, nombre d'évènements, etc.) dans lequel la maltraitance a été subie dans le cadre de cette étude. De plus, les conséquences d'ordre traumatique de l'expérience de maltraitance ne seront pas non plus étudiées. En effet, nous ne disposons d'aucune donnée permettant d'évaluer la présence d'un ESPT ou d'un TSPT chez la personne. Toutefois, tel que vu préalablement, nous disposons d'autres données faisant référence à des conditions associées à l'ESPT (e.g., état de santé mentale).

Enfin, l'analyse secondaire de données représente une limite dans la mesure où aucune autre collecte de données subséquente ne peut être réalisée (pour approfondir certains aspects), en plus de devoir s'adapter aux différents choix méthodologiques qui avaient été faits par les auteurs et aux outils de collecte de données qui avaient été sélectionnés.

3.3.3. Considérations éthiques

L'étude évaluative sur le PSJP de Gendron et ses collègues (2014), dans laquelle s'inscrit cette thèse, a obtenue deux certificats d'approbation éthique, soient un émis par le Centre hospitalier universitaire Ste-Justine et l'autre émis par le MSSS (voir Annexe 17). La

réalisation du projet de recherche sur lequel porte cette thèse ne requiert l'obtention d'aucun autre certificat d'approbation éthique, puisqu'il propose une continuité et un approfondissement des analyses déjà approuvées pour le projet initial de Gendron et ses collègues (2014). Cette information a été confirmée par un conseiller en éthique de la recherche du Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences de l'Université de Montréal. Toutes les données recueillies par Gendron et ses collègues (2014) ont été dénominalisées et les répondantes n'ont pu être identifiées que par le code qui leur avait été attribué au moment de la collecte des données.

Chapitre 4 : Résultats

Ce chapitre est divisé en trois sections. La première présente les analyses descriptives. Les deux sections suivantes présentent, respectivement, les analyses menées dans le but de répondre aux deux questions de recherche.

4.1. Analyses descriptives

4.1.1. L'expérience de maltraitance subie dans l'enfance

Les mères adolescentes composant l'échantillon (N=288) présentent une fréquence élevée d'expériences de maltraitance subie dans l'enfance et celles-ci sont diversifiées. Près de 44 % des mères auraient subi de l'abus émotionnel; plus de 24 %, de l'abus physique; plus de 41 %, de l'abus sexuel; plus de 28 %, de la négligence physique; et près de 95 %, de la négligence émotionnelle. Le Tableau VI présente la fréquence des formes de maltraitance subie dans l'enfance en fonction de l'intensité mesurée à l'aide du CTQ (Bernstein et Fink, 1998).

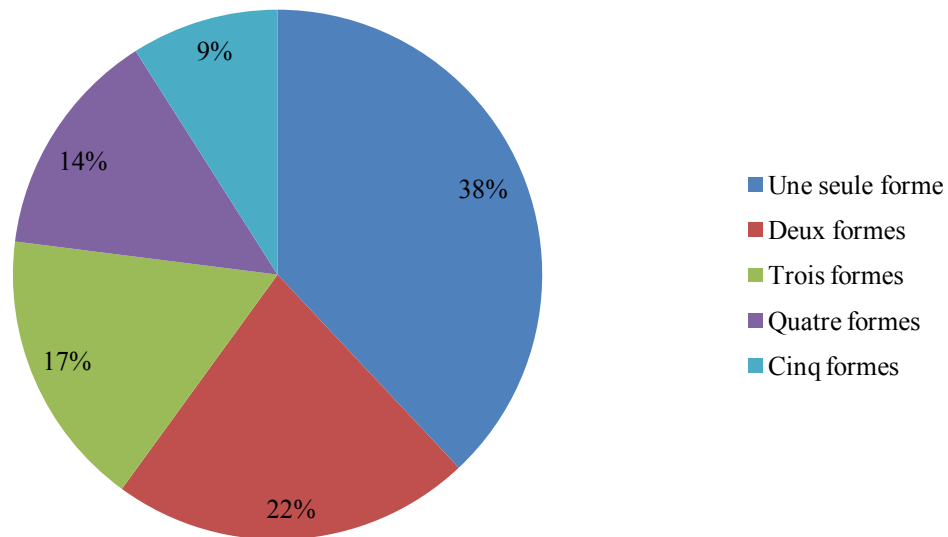
Tableau VI. Fréquences (N et %) des formes de maltraitance subie dans l'enfance selon les classifications de l'intensité (N=288)

| | Aucune (ou minimale) | Faible à modéré | Modéré à élevé | Élevé à extrême | Total de Faible à Extrême |
|------------------------------------|-------------------------|--------------------|-------------------|--------------------|---------------------------------|
| Abus émotionnel | 162 56.25 % | 59 20.49 % | 29 10.07 % | 38 13.19 % | 126 43.75 % |
| Abus physique | 218 75.69 % | 28 9.72 % | 19 6.60 % | 23 7.99 % | 70 24.31 % |
| Abus sexuel | 169 58.68 % | 41 14.24 % | 42 14.58 % | 36 12.50 % | 119 41.32 % |
| Négligence émotionnelle | 15 5.21 % | 45 15.63 % | 34 11.81 % | 194 67.36 % | 273 94.80 % |
| Négligence physique | 206 71.53 % | 35 12.15 % | 25 8.68 % | 22 7.64 % | 82 28.47 % |

L'examen du Tableau VI suggère que la forme de maltraitance la plus fréquente est la négligence émotionnelle et, celles qui le sont le moins, la négligence physique suivie de l'abus physique.

Par ailleurs, toutes les mères de cet échantillon rapportent avoir subi au moins une forme de maltraitance. Pour ce qui est de la cooccurrence des formes, 38 % d'entre elles auraient subi une seule forme; 22 % en auraient subi deux; 17 % en auraient subi trois; 14 % en auraient subi quatre; et 9 % en auraient subi cinq. La Figure 3 illustre ces proportions.

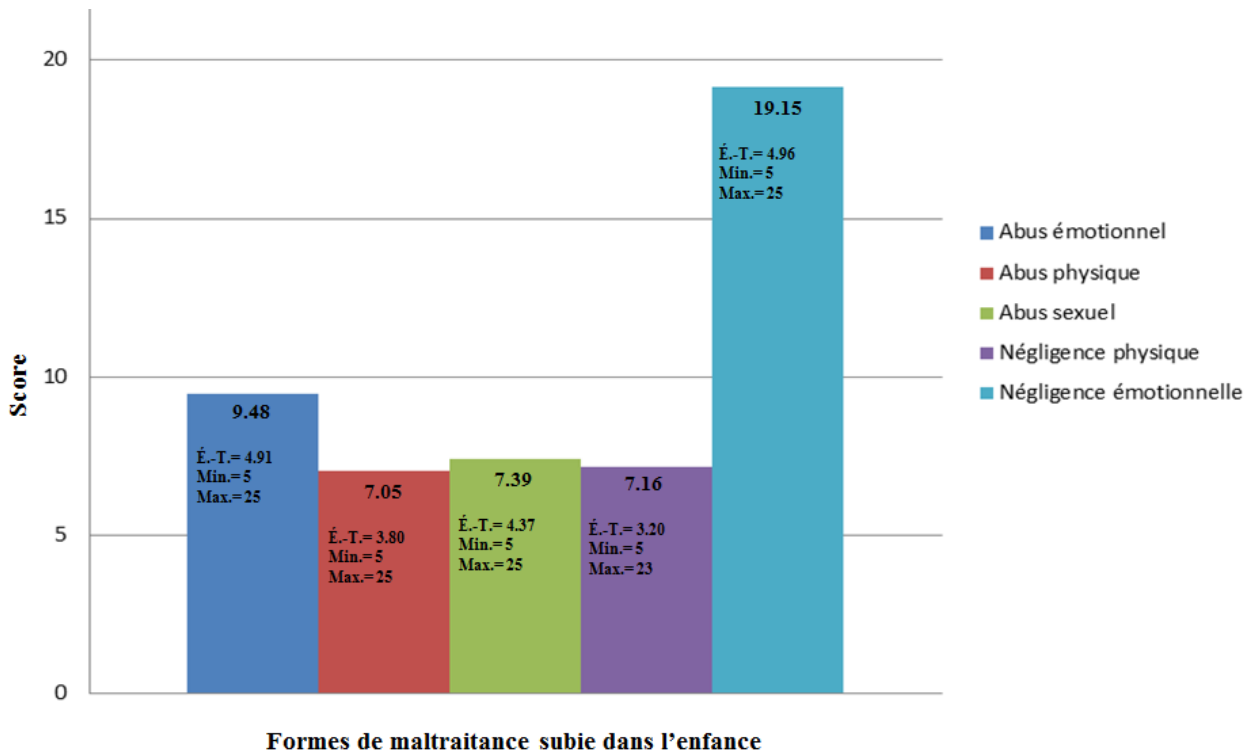
Figure 3. Proportion de la cooccurrence des formes de maltraitance subie dans l'enfance chez les répondantes (N=288)



L'examen de la Figure 3 permet de constater que la cooccurrence des formes de maltraitance subie dans l'enfance par les mères adolescentes ayant participé à l'étude serait une problématique répandue. En effet, plus de 60 % des répondantes auraient subi au moins deux formes de maltraitance en cooccurrence.

Par ailleurs, le CTQ (Bernstein et Fink, 1998) permet, pour chaque type de maltraitance, d'obtenir un score individuel et d'en calculer la moyenne pour un groupe. La Figure 4 présente les scores moyens de notre échantillon pour chaque forme de maltraitance.

Figure 4. Scores moyens pour chaque forme de maltraitance



Ces résultats suggèrent que l'expérience de négligence émotionnelle obtient les scores les plus élevés, suivis de l'abus émotionnel, l'abus sexuel, l'abus physique et la négligence physique. À l'exception du score moyen relatif à l'abus émotionnel qui représente une expérience pouvant être qualifiée de sévère à extrême, les scores moyens des quatre autres formes de maltraitance témoignent d'une expérience de niveau faible à modérée. Ceci dit, la valeur des écart-types permet de constater la présence de scores extrêmes pour chacune des formes de maltraitance, ce qui signifie que des répondantes se distinguent des autres par une expérience de maltraitance plus marquée. Cette observation est d'ailleurs confirmée par les analyses d'asymétrie statistique (voir Annexe 18). Celles-ci révèlent certaines valeurs *kurtosis* élevées et que le coefficient de dissymétrie est largement supérieur au double de la valeur de l'erreur standard pour ces cinq variables, ce qui confirme la présence de cas extrêmes (données aberrantes).

4.1.2. Les conditions associées à l'APPM

Même si près de 65 % des mères (N=280) dépendent de l'État pour leur principale source de revenu, à 17 mois postpartum, elles rapportent tout de même un niveau satisfaisant d'adéquation de ressources matérielles. En effet, les mères obtiennent un score moyen de 3.31 (É.-T.=.40) à 5 mois postpartum (N=187) et de 3.25 (É.-T.=.41) à 17 mois postpartum (N=264) aux questions individuelles de l'échelle. Ainsi, en général, aux deux temps de mesure, les mères considèrent que leurs conditions de vie permettent de combler *souvent* leurs besoins et ceux de leur famille.

Pour ce qui est de leur réseau de soutien, les mères se disent généralement satisfaites du soutien offert par leur partenaire ainsi que par leur entourage, tant en période prénatale qu'en période postpartum. Le Tableau VII fait état de ces résultats.

Tableau VII. Scores moyens obtenus via l'*Inventaire des comportements de soutien* (Brown, 1986a; 1986b)

| | Prénatal | 5 mois postpartum | 17 mois postpartum |
|---|---|---|--|
| Soutien offert par le partenaire | N=235 Score moyen=5.17 Écart-type=.75 | N=213 Score moyen=4.90 Écart-type=.88 | N=103 Score moyen=4.73 Écart-type=1.05 |
| Soutien offert par l'entourage | N= 235 Score moyen= 5.29 Écart-type=.77 | N= 269 Score moyen= 4.71 Écart-type= 1.00 | N= 207 Score moyen= 4.64 Écart-type= .94 |

En moyenne pour les trois temps de mesure, les mères obtiennent un score de 4.93 pour le soutien offert par le partenaire et de 4.88 pour le soutien offert par l'entourage. Ces résultats reflètent que les mères se disent entre *plutôt satisfaites* et *satisfaites* du soutien reçu. Qui plus est, plus de 40 % des jeunes femmes (N=288) rapportent une alliance parentale positive avec leur mère à 5 mois postpartum. Par ailleurs, concernant les services PSJP reçus

par les répondantes au cours des trois derniers mois, à 17 mois postpartum, près de la moitié des mères (N=287), soit 47 %, ne recevraient pas de services.

D'autre part, l'auto perception de la santé des mères est généralement positive. En effet, 83 % des mères (N=287) en période prénatale, près de 76 % des mères (N=269) à 5 mois postpartum et près de 78 % des mères (N=288) à 17 mois postpartum considèrent leur santé comme étant *excellente* ou *très bonne*. Cependant, concernant leur santé mentale, même si seulement 9 % des mères (N=278) affirment avoir reçu un diagnostic pour troubles nerveux, émotifs ou psychologiques au cours de leur vie, les niveaux de détresse psychologique sont particulièrement élevés. Pendant la période prénatale, la totalité des mères (N=288) obtiennent des scores se situant au-dessus du point de césure établi à 24.5. En effet, le score moyen est deux fois plus élevé, soit 50.91 (É.-T.=13.63). À 17 mois postpartum, la moyenne du score obtenu est 45.10 (É.-T.=16.09) avec plus de 87 % des mères (N=288) qui se situent au-dessus du point de césure. Les mères présentent, cependant, des scores moins élevés pour ce qui est de la dépression à 5 mois postpartum et de la détresse parentale à 17 mois postpartum, avec une proportion de, respectivement, 24 % (N=270) et 15 % (N=288) des mères se situant au-dessus des points de césure.

Enfin, pour ce qui est de l'interaction mère-enfant, celle-ci serait majoritairement positive à 17 mois post-partum et pourrait être considérée non dysfonctionnelle pour 90 % des mères (N=287). Par ailleurs, tant à 5 mois (N=270) qu'à 17 mois (N=288) postpartum, la majorité des mères (83 % et 86%) n'avaient pas eu de contact avec la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) concernant leur enfant.

4.2. Première question de recherche : Quelles sont les différents types d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance chez les mères adolescentes?

4.2.1. Analyse de classification ascendante hiérarchique (analyse de partitionnement des données)

D'abord, une analyse de corrélation de Pearson entre les variables relatives à l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance a été menée afin d'en vérifier les intercorrélations. Le Tableau VIII présente cette analyse.

Tableau VIII. Analyse de corrélation de Pearson pour les cinq sous-variables de l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance (N=288)

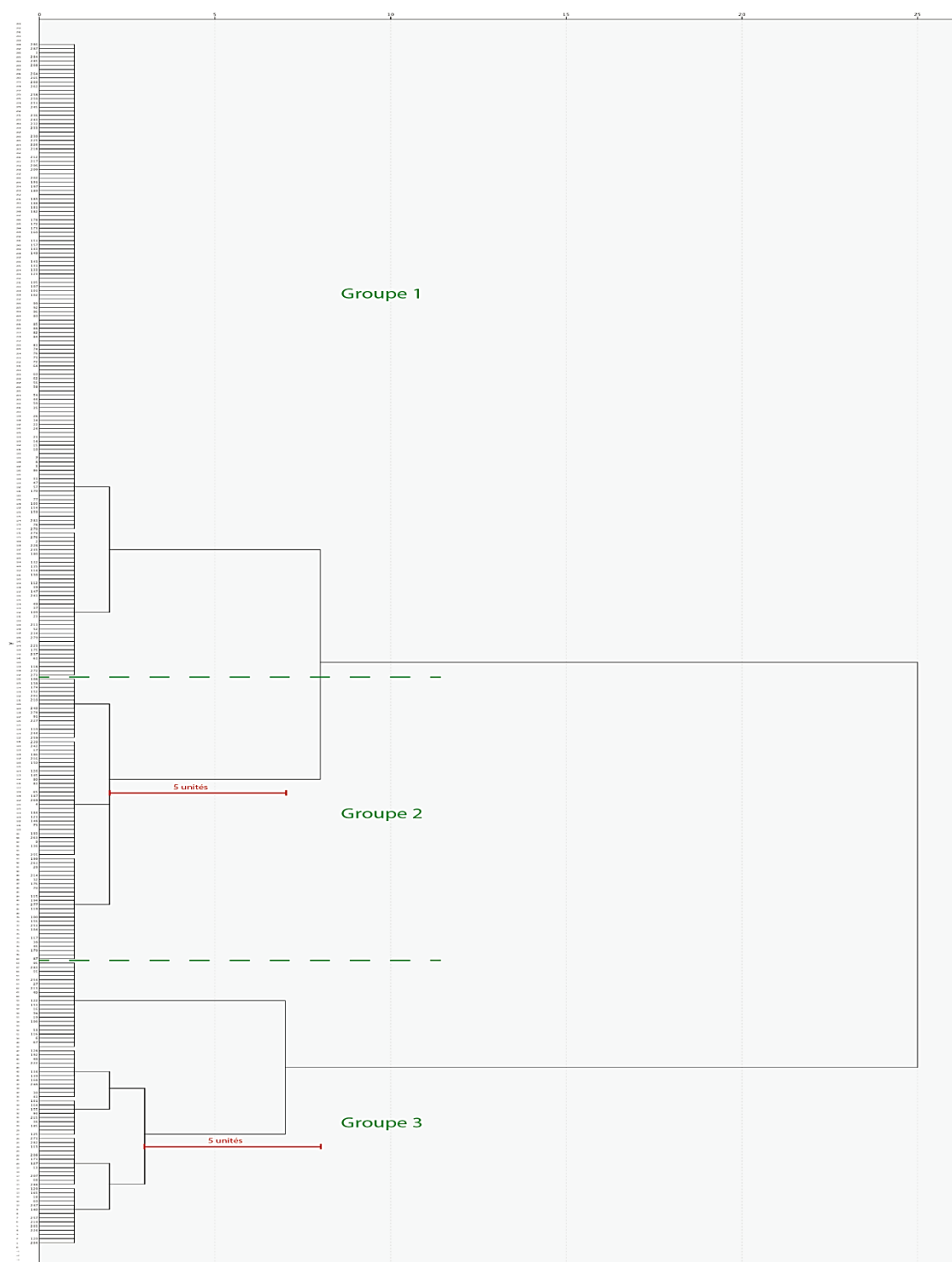
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------------------------|----------|----------|----------|----------|---|
| 1. Abus émotionnel | — | | | | |
| 2. Abus physique | .557*** | — | | | |
| 3. Abus sexuel | .477*** | .557*** | — | | |
| 4. Négligence émotionnelle | -.686*** | -.490*** | -.362*** | — | |
| 5. Négligence physique | .541*** | .491*** | .378*** | -.653*** | — |

*** $p \leq .001$

Le Tableau VIII permet de constater que ces variables sont corrélées entre elles. Or, l'indice moyen de corrélation étant de .519, ceci indique que les variables sont modérément intercorrélées (Cohen, 1988) et que l'on peut alors procéder aux analyses suivantes. En général, les formes de maltraitance sont corrélées positivement. Cependant, la négligence émotionnelle est corrélée négativement à toutes les autres formes de maltraitance.

Ensuite, l'analyse de classification ascendante hiérarchique avec la méthode de regroupement Ward a été réalisée. La Figure 5 présente les résultats de cette analyse sous forme de dendrogramme. Le dendrogramme permet d'illustrer comment un échantillon composé de personnes ayant vécues des expériences différentes se divise en sous-groupes. Ces sous-groupes rassemblent les personnes dont les expériences se ressemblent le plus relativement aux variables à l'étude. Les branches illustrées dans ce graphique permettent de visualiser le niveau de proximité (ou de ressemblance), en utilisant des unités de distance, entre les répondants pour ensuite former des groupes homogènes. Un groupe sera constitué de répondantes qui diffèrent de moins de 20 % (cinq unités de distance) sur les variables incluses dans l'analyse, soit les cinq formes de maltraitance subie dans l'enfance selon leur catégorisation d'intensité.

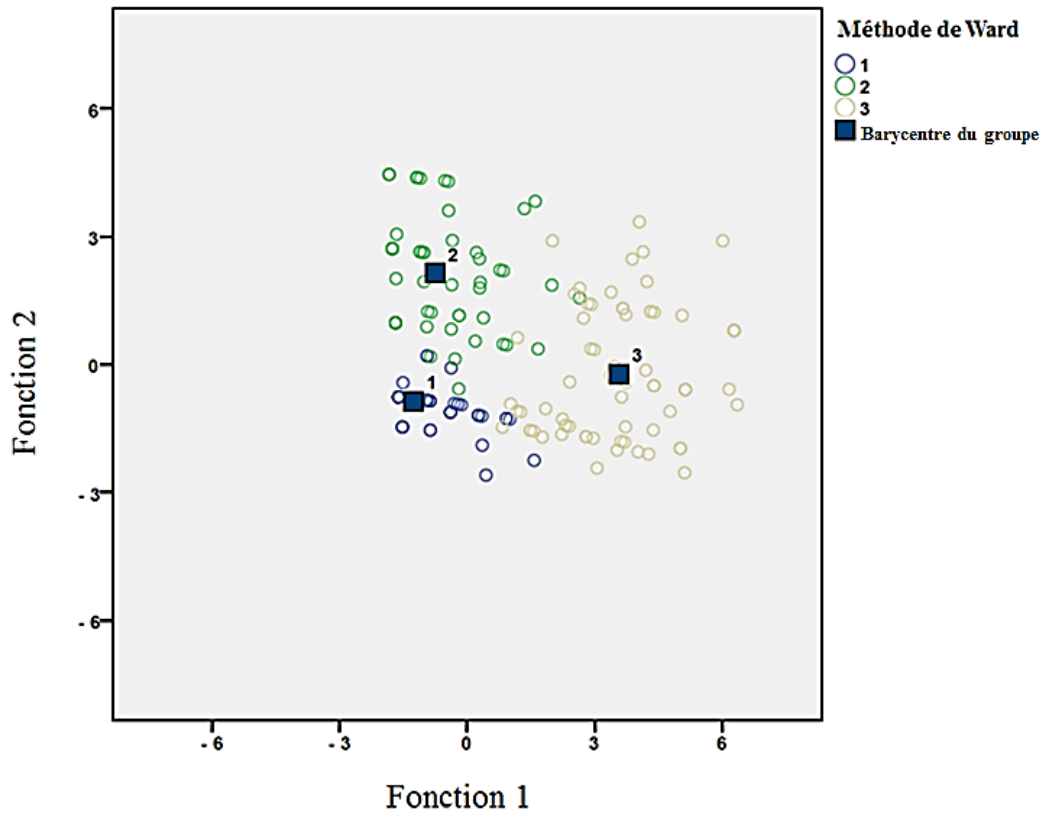
Figure 5. Dendrogramme généré par l'analyse de classification ascendante hiérarchique selon la méthode de regroupement Ward



L'interprétation du dendrogramme mène à l'identification de trois groupes (Groupe 1 : N=152; Groupe 2 : N=68; Groupe 3 : N=68) suggérant trois types distincts d'expériences de maltraitance subie dans l'enfance chez les 288 mères adolescentes de cet échantillon.

Dans un deuxième temps, une analyse discriminante a été menée dans le but de valider le nombre de groupes identifiés. La valeur de signification générée par le test des fonctions (voir Annexe 19) indique que le modèle est valide ($p=.000$). De plus, le test de structure de la matrice du modèle statistique (voir Annexe 20), qui permet d'évaluer si les variables impliquées dans le modèle sont pertinentes et utiles pour distinguer les groupes, indique que les cinq variables sont significatives pour au moins une des deux fonctions. Ceci suggère que chacune d'elles revêt une importance pour déterminer la constitution des types d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance. Cependant, il importe de souligner que quatre formes de maltraitance forment une structure entre elles (elles sont toutes significatifs à la première fonction), mais que la variable de l'abus sexuel, en étant isolée dans la deuxième fonction, se présente différemment des autres. Qui plus est, la négligence émotionnelle est associée de manière négative, ce qui suggère que lorsqu'elle est en cooccurrence avec d'autres formes de maltraitance, son intensité est moins élevée. Enfin, la Figure 6 illustre la fonction pour le centroïde de chaque groupe et permet de valider la présence de trois groupes distincts.

Figure 6. Fonctions discriminantes canoniques



La Figure 6 permet également d'évaluer l'homogénéité des groupes formés par l'analyse de classification ascendante hiérarchique. En effet, en examinant la dispersion des sujets par rapport au barycentre du groupe, il est possible de constater que le groupe 1 est le plus homogène, suivi des groupes 2 et 3.

4.2.2. Composition des groupes/types

L'examen des fréquences des variables relatives à l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance ont permis de décrire les trois types pour identifier les formes de maltraitance qui les caractérisent. Les Tableaux IX à XIII les présentent.

Tableau IX. Expérience d'abus émotionnel (N et %) selon les quatre catégories d'intensité pour chaque groupe identifié

| Abus émotionnel | Aucune ou minimale | Faible à modéré | Modéré à élevé | Élevé à extrême | Total de Faible à Extrême |
|-------------------------|--------------------|-----------------|----------------|-----------------|---------------------------|
| Groupe 1 (N=152) | 121 79.61 % | 28 18.42 % | 3 1.97 % | 0 0.00 % | 31 20.40 % |
| Groupe 2 (N=68) | 37 54.41 % | 18 26.47 % | 11 16.18 % | 2 2.94 % | 31 45.59 % |
| Groupe 3 (N=68) | 4 5.88 % | 13 19.12 % | 15 22.06 % | 36 52.94 % | 64 94.12 % |

Tableau X. Expérience d'abus physique (N et %) selon les quatre catégories d'intensité pour chaque groupe identifié

| Abus physique | Aucune ou minimale | Faible à modéré | Modéré à élevé | Élevé à extrême | Total de Faible à Extrême |
|-------------------------|--------------------|-----------------|----------------|-----------------|---------------------------|
| Groupe 1 (N=152) | 138 90.79 % | 12 7.89 % | 2 1.32 % | 0 0.00 % | 14 9.21 % |
| Groupe 2 (N=68) | 51 75.00 % | 7 10.29 % | 9 13.24 % | 1 1.47 % | 17 25.00 % |
| Groupe 3 (N=68) | 29 42.65 % | 9 13.24 % | 8 11.76 % | 22 32.35 % | 39 57.35 % |

Tableau XI. Expérience d'abus sexuel (N et %) selon les quatre catégories d'intensité pour chaque groupe identifié

| Abus sexuel | Aucune ou minimale | Faible à modéré | Modéré à élevé | Élevé à extrême | Total de Faible à Extrême |
|-------------------------|--------------------|-----------------|----------------|-----------------|---------------------------|
| Groupe 1 (N=152) | 148 97.37 % | 4 2.63 % | 0 0.00 % | 0 0.00 % | 4 2.63 % |
| Groupe 2 (N=68) | 0 0.00 % | 22 32.35 % | 29 42.65 % | 17 25.00 % | 68 100.00 % |
| Groupe 3 (N=68) | 21 30.88 % | 15 22.06 % | 13 19.12 % | 19 27.94 % | 47 69.12 % |

Tableau XII. Expérience de négligence émotionnelle (N et %) selon les quatre catégories d'intensité pour chaque groupe identifié

| Négligence émotionnelle | Aucune ou minimale | Faible à modéré | Modéré à élevé | Élevé à extrême | Total de Faible à Extrême |
|-------------------------|--------------------|-----------------|----------------|-----------------|---------------------------|
| Groupe 1 (N=152) | 0 0.00 % | 1 0.66 % | 16 10.53 % | 135 88.82 % | 152 100.00 % |
| Groupe 2 (N=68) | 1 1.47 % | 2 2.94 % | 9 13.24 % | 56 82.35 % | 67 98.53 % |
| Groupe 3 (N=68) | 14 20.59 % | 42 61.76 % | 9 13.24 % | 3 4.41 % | 54 79.41 % |

Tableau XIII. Expérience de négligence physique (N et %) selon les quatre catégories d'intensité pour chaque groupe identifié

| Négligence physique | Aucune ou minimale | Faible à modéré | Modéré à élevé | Élevé à extrême | Total de Faible à Extrême |
|-------------------------|--------------------|-----------------|----------------|-----------------|---------------------------|
| Groupe 1 (N=152) | 142 93.42 % | 9 5.92 % | 1 0.66 % | 0 0.00 % | 10 6.58 % |
| Groupe 2 (N=68) | 50 73.53 % | 16 23.53 % | 1 1.47 % | 1 1.47 % | 18 26.47 % |
| Groupe 3 (N=68) | 14 20.59 % | 10 14.71 % | 23 33.82 % | 21 30.88 % | 54 79.41 % |

Un peu plus de 20 % des mères issues du premier groupe auraient subi une expérience d'abus émotionnel; un peu plus de 9 %, de l'abus physique; moins de 3 %, de l'abus sexuel; moins de 7 %, de la négligence physique; alors que 100 % d'entre elles auraient subi de la négligence émotionnelle (dont plus de 90 % d'une intensité élevée à extrême). Quant aux mères du deuxième groupe, près de 46 % auraient subi de l'abus émotionnel; 25 %, de l'abus physique; moins de 25 %, de la négligence physique; alors que 100 % d'entre elles auraient subi de l'abus sexuel (dont le quart d'une intensité élevée à extrême); et plus de 99 % de la négligence émotionnelle (dont plus de 80 % d'une intensité élevée à extrême). Enfin, pour ce qui est des mères du troisième groupe, près de 95 % d'entre elles auraient subi de l'abus émotionnel (dont plus de 50 % d'une intensité élevée à extrême); près de 60 %, de l'abus physique (dont plus de 30 % d'une intensité élevée à extrême); près de 70 %, de l'abus sexuel (dont près de 30 % d'une intensité élevée à extrême); près de 80 %, de la négligence émotionnelle (dont moins de 5 % d'une intensité élevée à extrême); et près de 80 %, de la négligence physique (dont plus de 30 % d'une intensité élevée à extrême).

Les analyses par tableau de contingence menées afin de valider quelles formes de maltraitance caractérisent chaque groupe se sont avérées globalement significatives ($p=.000$). Pour ces analyses, les variables ont été utilisées dans leur forme dichotomique (0= *Aucune à minimal*, 1= *Faible* et plus). Le critère de Sokal, établi à 1.132, et l'indice de Freeman-Tukey permettent de préciser s'il y a des différences significatives entre les groupes. Ainsi, par rapport aux mères qui composent les autres groupes, les mères appartenant au premier groupe auraient subi moins d'abus émotionnel ($\chi^2=103.883$, $df=2$, $p=.000$, $FT=-5.112$), d'abus physique ($\chi^2=59.209$, $df=2$, $p=.000$, $FT=-4.582$), d'abus sexuel ($\chi^2=212.074$, $df=2$, $p=.000$, $FT=-11.645$) et de négligence physique ($\chi^2=122.549$, $df=2$, $p=.000$, $FT=-6.716$). Elles seraient, cependant, beaucoup moins susceptibles de ne pas avoir subi de négligence émotionnelle ($\chi^2=42.856$, $df=2$, $p=.000$, $FT=-4.715$). Au contraire, les mères appartenant au troisième groupe auraient subi plus d'abus émotionnel ($\chi^2=103.883$, $df=2$, $p=.000$, $FT=5.108$), d'abus physique ($\chi^2=59.209$, $df=2$, $p=.000$, $FT=4.377$), d'abus sexuel ($\chi^2=212.074$, $df=2$, $p=.000$, $FT=3.135$) et de négligence physique ($\chi^2=122.549$, $df=2$, $p=.000$, $FT=5.901$) que les mères des autres groupes. Elles seraient, cependant, moins susceptibles d'avoir subi de la négligence émotionnelle ($\chi^2=42.856$, $df=2$, $p=.000$, $FT=-1.324$). Ceci est cohérent avec les résultats de

l'examen des fréquences qui indiquent que la majorité des mères appartenant au troisième groupe auraient subi une expérience de négligence émotionnelle de faible intensité. Enfin, les mères appartenant au deuxième groupe seraient moins susceptibles de ne pas avoir subi de négligence émotionnelle ($\chi^2=42.856$, $df=2$, $p=.000$, $FT=-1.480$). Elles auraient, également, subi plus d'abus sexuel ($\chi^2=212.074$, $df=2$, $p=.000$, $FT=5.904$) que leurs pairs et seraient beaucoup moins susceptibles de ne pas en avoir subi ($\chi^2=212.074$, $df=2$, $p=.000$, $FT=-11.673$).

Le Tableau XIV présente une synthèse qualitative des expériences de maltraitance subies dans l'enfance pour chacun des trois groupes. Une expérience de maltraitance est associée à un groupe lorsque la majorité des mères qui le composent ont subi l'expérience (c.-à-d., intensité *Faible* et plus), tel qu'indiqué par l'examen des fréquences, et que cette association a été validée par le biais des analyses par tableau de contingence.

Tableau XIV. Synthèse des expériences de maltraitance subies dans l'enfance associées à chacun des trois groupes

| | Abus émotionnel | Abus physique | Abus sexuel | Négligence émotionnelle | Négligence physique |
|-------------------------|--------------------|---------------|-------------|----------------------------|------------------------|
| Groupe 1 (N=152) | | | | ✓ | |
| Groupe 2 (N=68) | | | ✓ | ✓ | |
| Groupe 3 (N=68) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

Cette synthèse permet de distinguer trois types d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance chez les mères de cette étude. La seule forme de maltraitance qui se retrouve dans chaque type est la négligence émotionnelle. Une nette majorité des mères qui composent le premier groupe aurait subi cette seule forme de maltraitance. Il est donc possible de considérer qu'elle est la forme de maltraitance dominante associée au premier type. Le deuxième groupe se distingue par l'expérience d'abus sexuel étant la forme la plus dominante d'abus subie par une majorité des mères de ce groupe, en plus de leur expérience de négligence émotionnelle.

Enfin, pour les mères du troisième groupe, la majorité d'entre elles auraient subi une cooccurrence de toutes les formes de maltraitance, sans dominance d'une forme particulière, et elles présenteraient une intensité moins élevée de négligence émotionnelle que les mères des autres groupes.

4.3. Deuxième question de recherche : Comment les différents types d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance sont-ils associés aux conditions reconnues comme pouvant contribuer à l'APPM chez les mères adolescentes?

4.3.1. Analyses de variance et par tableaux de contingence⁵

4.3.1.1. Conditions sociales et économiques

Les analyses par tableaux de contingence ne révèlent aucune différence significative entre les trois types d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance pour ce qui est de la planification de la grossesse ($p=.554$), du nombre de grossesses préalables ($p=.925$), du nombre d'enfants qu'a la mère ($p=.708$) et de l'occurrence d'une nouvelle grossesse à 17 mois postpartum ($p=.815$). De plus, il n'y a pas de différences significatives entre les types au plan de la trajectoire scolaire, tant pour ce qui est du niveau de scolarité complété avant la naissance de l'enfant ($p=.226$) qu'au plan de la participation à un programme d'études à 17 mois postpartum. Ceci dit, pour ce dernier aspect, la différence tend à être significative ($p > 0,05$ à $0,10$). En effet, parmi les mères qui étaient inscrites à l'école avant la grossesse, les mères appartenant au premier groupe auraient davantage tendance à avoir repris les études à 17 mois postpartum ($p=.072$). Cependant, parmi les mères qui n'étaient pas inscrites à l'école

⁵ Voir Annexe 21 pour le détail des analyses descriptives et de puissance pour les variables représentant les conditions reconnues comme pouvant mener à l'APPM chez les mères adolescentes selon chaque groupe identifié par le biais de l'analyse de partitionnement des données.

avant la grossesse, ce serait les mères appartenant au troisième groupe qui auraient davantage tendance à avoir repris les études à 17 mois postpartum ($p=.062$).

Pour ce qui est de la principale source de revenu en période prénatale, les mères appartenant au troisième groupe ont tendance à dépendre davantage de l'aide financière de l'État pour subvenir à leurs besoins ($\chi^2=5.874$, $df=2$, $p=.053$, Sokal=1.31, FT=1.546) que les mères des deux autres groupes. Cependant, à 17 mois postpartum, cette différence n'est plus significative ($p=.564$). Ceci dit, les ANOVA indiquent qu'au plan de l'adéquation des ressources matérielles, les groupes présentent des différences significatives tant à 5 mois postpartum ($F(2, 184)=5.056$, $p=.007$) qu'à 17 mois postpartum ($F(2, 261)=7.125$, $p=.001$). Ils présentent également des différences significatives au plan du sentiment d'insécurité alimentaire à 5 mois postpartum ($F(2, 264)=6.319$, $p=.002$). Le Tableau XV fait état de ces différences par groupe, alors que l'Annexe 22 présente les statistiques détaillées.

Tableau XV. Différences entre les groupes en ce qui a trait à l'adéquation des ressources matérielles et de l'insécurité alimentaire

| Variables | Types d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance | | | Tests comparatifs <i>post hoc</i> | | |
|--|---|---------|---------|-----------------------------------|---------------|----------|
| | T1 | T2 | T3 | T1 x T2 | T1 x T3 | T2 x T3 |
| Adéquation des ressources matérielles | | | | | | |
| Score total (5 mois) (n=187) | 108.464 | 102.851 | 102.349 | $p=.059$ | $p=.025^*$ | $p=.984$ |
| Score total (17 mois) (n=264) | 106.676 | 101.270 | 100.161 | $p=.021^*$ | $p=.008^{**}$ | $p=.903$ |
| Sentiment d'insécurité alimentaire | | | | | | |
| Score moyen (5 mois) (n=267) | .778 | 1.364 | 1.375 | $p=.023^*$ | $p=.019^*$ | $p=.999$ |

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

L'examen du Tableau XV suggère que les mères appartenant aux deuxième et troisième groupes vivraient une insécurité alimentaire significativement plus élevée que celle des mères du premier groupe, mais qu'il n'y a pas de différence significative entre ces deux derniers groupes. De plus, les mères du premier groupe rapportent une adéquation de ressources matérielles significativement supérieure à celles des mères appartenant au troisième groupe, à 5 mois postpartum. Il est également possible de constater une tendance ($p > .05$ à $.10$), sur ce plan, à l'effet que les mères du premier groupe seraient en meilleure situation socioéconomique que les mères du deuxième groupe. Or, à 17 mois postpartum, les mères appartenant au premier groupe se distinguent encore plus significativement des mères des deuxième et troisième groupes, au plan de l'adéquation des ressources matérielles. Ceci dit, il n'y a aucune différence significative entre les deuxième et troisième groupes pour ces variables.

D'autre part, les mères appartenant au troisième groupe diffèrent fortement des mères issues des deux autres groupes au plan de leur indice de vulnérabilité sociale. En effet, des analyses par tableaux de contingence révèlent que le troisième type d'expériences de maltraitance subie dans l'enfance est fortement associé ($\chi^2=19.160$, $df=4$, $p=.001$, Sokal=1.301, FT=2.272) à la troisième réalité de vulnérabilité sociale mis de l'avant dans l'étude de Gendron et ses collègues (2014) qui fait référence à un cumul plus élevé de conditions associées à la vulnérabilité sociale. À l'opposé, les mères du premier type d'expérience de maltraitance se retrouvent significativement moins associées à cette troisième réalité de vulnérabilité sociale ($\chi^2=19.160$, $df=4$, $p=.001$, Sokal=1.301, FT=- 2.040). Quant aux mères du deuxième groupe, il n'y a pas d'association significative particulière sur cet aspect.

EN RÉSUMÉ, SUR LE PLAN SOCIOÉCONOMIQUE...

Les variables n'apparaissant pas significativement associées à un type d'expérience de maltraitance distinct :

- Grossesse (planification et grossesses préalables et subséquentes)
- Nombre d'enfants

Les mères du premier groupe se distingueraient significativement des mères des deuxième et troisième groupes en...

- présentant un plus faible sentiment d'insécurité alimentaire à 5 mois postpartum
- ayant en une meilleure adéquation de ressources matérielles à 5 et 17 mois postpartum

Les mères du troisième groupe se distingueraient significativement en...

- dépendant davantage que les mères des deuxième et troisième groupes de l'État pour leur principale source de revenu en période prénatale
- étant le plus susceptibles de présenter un cumul plus important de conditions de vulnérabilité sociale

4.3.1.2. Conditions en lien avec le réseau de soutien

Aucune différence significative n'a été identifiée entre les trois types d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance pour ce qui est de la situation conjugale des mères (c.-à-d., relations amoureuses) à 17 mois postpartum ($p=.283$), de leur satisfaction quant au soutien qu'elles reçoivent de la part de leur partenaire en période prénatale ($p=.924$), ainsi qu'à 5 ($p=.406$) et 17 ($p=.923$) mois postpartum, ou de l'alliance parentale qu'elles entretiennent avec leur mère à 5 mois postpartum ($p=.764$). Cependant, les mères du troisième groupe vivent davantage seules, à 17 mois postpartum, lorsque comparées aux mères appartenant aux deux autres groupes ($\chi^2=7.721$, $df=2$, $p=.021$, Sokal=1.132, FT=1.955).

De plus, des différences significatives sont notées entre les mères du premier et du troisième groupes au plan de leur satisfaction du soutien qu'elles reçoivent de la part de leur entourage (excluant leur conjoint), mais seulement après la naissance de leur enfant, à 5 mois postpartum ($F(2, 266)=7.281, p=.025$), ainsi qu'à 17 mois postpartum ($F(2, 284)=6.717, p=.001$). Le Tableau XVI fait état de ces différences par groupe, alors que l'Annexe 23 présente les statistiques détaillées.

Tableau XVI. Différences entre les groupes en ce qui a trait à la satisfaction des mères adolescentes quant au soutien reçu par l'entourage

| Variables | Types d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance | | | Tests comparatifs <i>post hoc</i> | | |
|--|--|-------|-------|-----------------------------------|---------------|----------|
| | T1 | T2 | T3 | T1 x T2 | T1 x T3 | T2 x T3 |
| Satisfaction du réseau de soutien par l'entourage | | | | | | |
| Score moyen (5 mois) (n=269) | 4.839 | 4.698 | 4.434 | $p=.587$ | $p=.042^*$ | $p=.353$ |
| Score moyen (17 mois) (n=287) | 4.799 | 4.612 | 4.307 | $p=.382$ | $p=.003^{**}$ | $p=.217$ |

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

L'examen du Tableau XVI montre que les mères du troisième groupe se distinguent des mères du premier, en présentant une satisfaction du soutien reçu par l'entourage significativement inférieure, tant à 5 qu'à 17 mois postpartum.

D'autre part, les mères du troisième groupe feraient significativement moins appel à leurs proches (famille et amis) pour recevoir du soutien matériel à 17 mois postpartum que les autres mères ($\chi^2=8.024, df=2, p=.018$, Sokal=1.132, FT=1.678), alors que ce serait le contraire pour les mères du premier groupe ($\chi^2=8.024, df=2, p=.018$, Sokal=1.132, FT=-1.790). Il n'y aurait cependant pas de différences significatives entre les groupes en ce qui a trait au soutien émotionnel ($p=.588$) et informationnel ($p=.109$). Ceci dit, en ce qui a trait aux services du PSJP qu'elles ont reçu au cours des trois derniers mois, les mères du deuxième groupe

recevraient significativement plus de services que leurs pairs issues des deux autres groupes ($\chi^2=7.394$, $df= 2$, $p=.025$, Sokal=1.132, FT=1.425). Au contraire, les mères du troisième groupe auraient reçu significativement moins de services PSJP au cours des trois derniers mois que leurs pairs appartenant aux deux autres groupes ($\chi^2=7.394$, $df=2$, $p=.025$, Sokal=1.132, FT=-1.142). De plus, les mères du troisième groupe se disent davantage insatisfaites de la fréquence des services qu'elles ont reçus ($\chi^2=13.894$, $df=6$, $p=.031$, Sokal=1.386, FT=-2.527), affirmant qu'ils ne sont pas assez fréquents. Ceci dit, il n'y a pas de différences significatives entre les groupes quant à leur satisfaction sur le plan de la réponse à leurs besoins par les services PSJP ($p=.717$).

EN RÉSUMÉ, SUR LE PLAN DU RÉSEAU DE SOUTIEN...

Les variables n'apparaissant pas significativement associées à un type d'expérience de maltraitance distinct :

- Situation conjugale (c.-à-d., relations amoureuses)
- Alliance parentale avec la mère

Les mères du troisième groupe se distingueraient significativement des mères des premier et deuxième groupes en...

- habitant davantage seules
- présentant une plus faible satisfaction du soutien reçu par l'entourage en période postnatale
- faisant moins appel à leur proches pour de l'aide matérielle
- recevant significativement moins de services PSJP

4.3.1.3. Conditions en lien avec la santé mentale

Les mères du troisième groupe auraient une perception de leur santé (physique et mentale) significativement plus négative que les autres mères, avant la naissance de leur enfant ($\chi^2=8.455$, $df=2$, $p=.015$, Sokal=1.132, FT=-1.169), alors que ce se serait le contraire pour les mères du premier groupe ($\chi^2=8.455$, $df=2$, $p=.015$, Sokal=1.132, FT=1.904). Les différences entre les groupes ne sont cependant plus significatives après la naissance de l'enfant à 5 ($p=.581$) et 17 ($p=.390$) mois postpartum. Toutefois, les mères du premier groupe auraient significativement moins que les autres mères reçu un diagnostic pour troubles nerveux, émotifs ou psychologiques avant la naissance de leur enfant ($\chi^2=10.327$, $df=6$, $p=.006$, FT=-2.362), alors que ce serait le contraire pour les mères du troisième groupe ($\chi^2=10.327$, $df=6$, $p=.006$, FT=1.712). Pour cet aspect, sur le plan des fréquences (N=278), la différence serait particulièrement importante entre les groupes 2 (14 %) et 3 (17 %) et le groupe 1 (4 %).

Les analyses révèlent également des différences significatives entre les groupes, pour ce qui est de la détresse psychologique prénatale ($F(2, 285) = 10.899$, $p=.000$) et à 17 mois postpartum ($F(2, 285)=4.975$, $p=.008$) et de la dépression postpartum ($F(2, 267)=6.413$, $p=.002$). Le Tableau XVII fait état de ces différences par groupe, alors que l'Annexe 24 présente les statistiques détaillées.

Tableau XVII. Différences entre les groupes en ce qui a trait à la détresse psychologique et à la dépression postpartum

| Variables | Types d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance | | | Tests comparatifs <i>post hoc</i> | | |
|--------------------------------|---|--------|--------|-----------------------------------|----------------|------------|
| | T1 | T2 | T3 | T1 x T2 | T1 x T3 | T2 x T3 |
| Détresse psychologique | | | | | | |
| Score total (prénatal) (n=288) | 48.125 | 50.941 | 57.103 | $p=.316$ | $p=.000^{***}$ | $p=.017^*$ |
| Score total (17 mois) (n=288) | 42.320 | 48.620 | 47.790 | $p=.032^*$ | $p=.068$ | $p=.961$ |
| Dépression | | | | | | |
| Score moyen (5 mois) (n=270) | 4.993 | 7.349 | 7.092 | $p=.004^{**}$ | $p=.043^*$ | $p=.962$ |

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

L'examen du Tableau XVII suggère que, pour ce qui est de la détresse psychologique prénatale, le troisième groupe se distingue des premier et deuxième, alors que les mères qui le composent obtiennent un score significativement plus élevé. Cependant, à 17 mois postpartum, même si les mères du troisième groupe présentent toujours un score plus élevé que les mères du premier groupe, la différence n'est plus significative entre ces deux groupes, bien qu'elle tend à l'être ($p=.068$). C'est alors les mères du deuxième groupe qui se distinguent avec un score plus élevé que le reste des mères et une différence significative avec les mères du premier groupe. Or, il importe de souligner que, nonobstant l'appartenance aux groupes générés par l'analyse de partitionnement des données, la moyenne du score obtenu par toutes les mères excède le point de césure de cette échelle (≥ 24.5), ce qui suggère une présence élevée de détresse psychologique chez l'ensemble des mères. Pour ce qui est de la dépression postpartum à 5 mois de vie de l'enfant, les mères du premier groupe se distinguent de celles des deux autres groupes en obtenant un score significativement moins élevé. Ceci dit, aucun groupe ne présente une moyenne excédant le point de césure de cette échelle (≥ 10), ce qui suggère une faible présence de signes et symptômes associés à la dépression chez les répondantes.

EN RÉSUMÉ, SUR LE PLAN DE LA SANTÉ MENTALE...

Les mères du premier groupe se distingueraient significativement des mères des deuxième et troisième groupes en...

- ayant une meilleure perception de leur santé
- ayant reçu moins de diagnostics pour troubles nerveux, émotifs ou psychologiques au cours de leur vie
- obtenant un score moins élevé sur l'échelle relative à la dépression à 5 mois postpartum

Les mères du deuxième groupe se distingueraient significativement, à 17 mois postpartum, en ...

- obtenant un score plus élevé que les mères du premier groupe quant à leur détresse psychologique

Les mères du troisième groupe se distingueraient significativement, en période prénatale, des mères des premier et deuxième groupes en...

- ayant une perception plus négative de leur santé
- ayant reçu plus de diagnostics pour troubles nerveux, émotifs ou psychologiques au cours de leur vie
- obtenant un score plus élevé sur l'échelle relative à la détresse psychologique

4.3.1.4. Conditions en lien avec la parentalité

Pour ce qui est de la sensibilité parentale des mères envers leur enfant, il n'y a pas de différence significative entre les groupes pour cette variable mesurée à 5 mois postpartum ($p=.374$). Il n'y a pas non plus de différence significative entre les groupes au plan du sentiment d'indépendance, d'autonomie et d'estime de soi ($p=.360$). Or, les analyses suggèrent des différences significatives entre les groupes, pour ce qui est de leurs connaissances et croyances sur le développement de l'enfant ($F(2, 285)=3.855, p=.022$) et la détresse parentale à 17 mois postpartum ($F(2, 285)=3.702, p=.026$). Le Tableau XVIII fait état de ces différences par groupe, alors que l'Annexe 25 présente les statistiques détaillées.

Tableau XVIII. Différences entre les groupes en ce qui a trait aux connaissances et croyances sur le développement de l'enfant et à la détresse parentale

| Variables | Types d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance | | | Tests comparatifs <i>post hoc</i> | | |
|---|---|-------|-------|-----------------------------------|----------|------------|
| | T1 | T2 | T3 | T1 x T2 | T1 x T3 | T2 x T3 |
| Surestimation du développement de l'enfant | | | | | | |
| Score obtenu (indice) (prénatal) (n=288) | .102 | .123 | .084 | $p=.264$ | $p=.246$ | $p=.031^*$ |
| Détresse parentale | | | | | | |
| Score total (17 mois) (n=288) | 23.49 | 26.47 | 25.37 | $p=.071$ | $p=.209$ | $p=.757$ |

* $p \leq .05$

En ce qui a trait à ces variables, les mères des premier et troisième groupes ne diffèrent pas significativement. Or, les mères du deuxième groupe surestimeraient le développement de l'enfant et diffèrent significativement des mères du troisième groupe qui, sur ce plan, présentent les meilleurs scores sur cette échelle. Les groupes ne présentent, cependant, pas de différence significative pour ce qui est de la sous-estimation du développement de l'enfant ($p=.629$; données non incluses dans le tableau). De plus, même si aucun groupe ne présente une moyenne excédant le point de césure établi à 33, l'ANOVA révèle que les mères du deuxième groupe présenteraient une détresse parentale supérieure à celles des mères appartenant aux premier et troisième groupes, la différence tendant à être significative ($p=.071$) entre le premier et le deuxième groupe. Or, lorsque cette variable est traitée dans sa forme dichotomique (selon le point de césure) par le biais d'une analyse par tableau de contingence, la différence entre les groupes s'avère significative ($p=.000$). L'analyse suggère, alors, que les mères du deuxième groupe seraient significativement plus en détresse parentale à 17 mois postpartum ($\chi^2=17.205$, $df=2$, $p=.000$, Sokal=1.132, FT=2.520) que les mères des deux autres groupes, alors que c'est le contraire pour les mères du premier groupe ($\chi^2=17.205$, $df=2$, $p=.000$, Sokal=1.132, FT=-2.634).

Par ailleurs, même si les mères du deuxième groupe obtiennent, en moyenne, un score plus élevé sur l'échelle d'interaction parent-enfant dysfonctionnelle, ce qui suggère qu'elles présenteraient possiblement plus de difficultés relationnelles avec leur enfant, la différence avec les deux autres groupes n'est pas significative ($p=.293$). Enfin, aucune différence significative entre les groupes n'est notée pour ce qui est de l'implication rapportée de la DPJ pour leur enfant, autant à 5 ($p=.303$) qu'à 17 mois postpartum ($p=.330$). Cette variable, qui pourrait représenter un bon indicateur quant au risque d'APPM, serait davantage associée à des variables socioéconomiques et personnelles. Un contact avec la DPJ à 5 mois postpartum est corrélé avec la dépendance à l'État comme principale source de revenu à 17 mois postpartum ($r=.126$, $p=.041$), à l'auto perception positive de la santé à 17 mois postpartum ($r=.204$, $p=.001$), à la détresse psychologique prénatale ($r=.127$, $p=.038$) et à l'interaction mère-enfant dysfonctionnelle à 17 mois postpartum ($r=.142$, $p=.019$). Un contact avec la DPJ à 17 mois postpartum est aussi corrélé au fait d'avoir vécu plus d'une grossesse ($r=-.154$, $p=.009$), au fait de ne pas être retournée aux études après la naissance de l'enfant ($r=-.137$, $p=.020$), à la dépendance à l'État comme source de revenu à 17 mois postpartum ($r=.182$, $p=.002$), au sentiment d'insécurité alimentaire à 5 mois postpartum ($r=.135$, $p=.027$), à l'auto perception positive de la santé à 17 mois postpartum ($r=.138$, $p=.019$), à la présence de troubles nerveux, émotifs ou psychologiques diagnostiqués avant la naissance de l'enfant ($r=.150$, $p=.012$), au fait de ne pas être impliquée dans une relation conjugale stable depuis au moins un an ($r=-.131$, $p=.027$), ainsi qu'à une bonne sensibilité parentale à 5 mois postpartum ($r=.186$, $p=.002$).

EN RÉSUMÉ, SUR LE PLAN DE LA PARENTALITÉ...

Les variables n'apparaissant pas significativement associées à un type d'expérience de maltraitance distinct :

- sensibilité parentale des mères envers leur enfant
- sentiment d'indépendance, d'autonomie et d'estime de soi
- interaction mère-enfant dysfonctionnelle
- implication rapportée de la DPJ pour l'enfant

Les mères du deuxième groupe se distinguaient significativement en...

- surestimant plus que les mères du troisième groupe le développement de l'enfant en période prénatale
- obtenant un score plus élevé que les mères du premier groupe sur l'échelle relative à la détresse parentale à 17 mois postpartum

4.3.2. Analyses de variance multivariée

L'analyse de corrélation de Pearson menée avec les dix principales variables continues s'étant avérées significativement associées aux types d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance révèle que ces variables sont faiblement corrélées entre elles, avec un indice moyen de corrélation de .243 (voir Annexe 26). Ceci représente un critère atteint pour la réalisation d'analyses de variance multivariée (Legendre et Legendre, 2012). Ceci dit, les écart-types de ces variables, ainsi que les valeurs d'asymétrie et de *kurtosis* permettent de constater la présence de scores extrêmes, parfois faibles (valeurs négatives) et parfois élevées (valeurs positives) pour ces variables (voir Annexe 18). Des tentatives de transformation des données (racine carré et log) ont été menées mais celles-ci se sont avérées infructueuses. Ainsi, le

critère de normalité de distribution des données que l'on recherche généralement pour effectuer des analyses de variance multivariée n'est pas atteint⁶.

Par ailleurs, une fois avoir retiré les répondantes présentant des données manquantes à une ou plusieurs des dix variables, l'échantillon utilisé pour les analyses de variance multivariée a été réduit à 169 mères. Ainsi, une analyse comparative visant à évaluer la représentativité du nouvel échantillon, quant à l'appartenance aux groupes identifiés par le biais de l'analyse de partitionnement des données, a été menée. Les résultats indiquent qu'il n'y a pas de différence significative ($p=.784$) entre les 169 mères incluses dans les analyses de variance multivariée et les 119 mères laissées de côté, ce qui suggère que l'échantillon de 169 mères est représentatif du principal ($N=288$) sur le plan de l'appartenance aux groupes (voir Annexe 27).

Ceci dit, dans un premier temps, une analyse de variance multivariée (MANOVA) a été menée. Le Tableau XIX présente les résultats de cette analyse.

⁶ Ces données extrêmes font état de l'hétérogénéité de notre échantillon et reflètent la réalité des répondantes. C'est pourquoi nous choisissons de les conserver. Il importe, cependant, de souligner que ceci pourrait possiblement affecter la validité des analyses et leur interprétation.

Tableau XIX. Résultats de la MANOVA (N=169)

| Source | Variabiles indépendantes | Sommes des carrés | Degrés de liberté | Moyenne des carrés | F | Sig. |
|------------------|--|-------------------|-------------------|--------------------|------|--------|
| 3 groupes | Sentiment d'insécurité alimentaire (5 mois) | 26.04 | 2 | 13.02 | 6.24 | .002** |
| | Adéquation des ressources matérielles (5 mois) | 1089.08 | 2 | 544.54 | 3.47 | .033** |
| | Adéquation des ressources matérielles (17 mois) | 1336.53 | 2 | 668.27 | 4.35 | .014** |
| | Surestimation du développement de l'enfant | .030 | 2 | .015 | 2.14 | .121 |
| | Détresse psychologique (prénatale) | 1884.60 | 2 | 942.30 | 5.69 | .004** |
| | Dépression (5 mois) | 172.66 | 2 | 86.33 | 3.94 | .021** |
| | Détresse psychologique (17 mois) | 1360.76 | 2 | 680.38 | 3.83 | .024** |
| | Détresse parentale (17 mois) | 665.13 | 2 | 332.56 | 5.23 | .006** |
| | Satisfaction du soutien par l'entourage (5 mois) | 5.75 | 2 | 2.88 | 2.81 | .063 |
| | Satisfaction du soutien par l'entourage (17 mois) | 7.24 | 2 | 3.62 | 4.25 | .016** |

** $p \leq .01$

L'examen du Tableau XIX permet de constater que la majorité des variables qui étaient significatives avec les ANOVA le demeurent avec la MANOVA. Or, lorsqu'en interaction avec les autres variables, les variables Surestimation du développement de l'enfant et Satisfaction du soutien par l'entourage (5 mois) excèdent le critère de .05 et n'apparaissent plus significatives pour comprendre l'appartenance aux différents types d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance. Même si elles continuent de démontrer une certaine tendance ($p > .05$ à $.10$) qu'il importe de souligner au plan de la distinction des groupes et des différences entre les mères qui les composent, elles ne seront pas incluses dans les analyses suivantes. La variable Adéquation des ressources matérielles (5 mois), significative mais pour

laquelle plusieurs données manquantes sont enregistrées (voir Annexe 18), sera également éliminée pour effectuer les analyses de régression⁷. Ainsi, en éliminant ces trois variables, l'échantillon s'établit à 246 mères.

Ceci dit, des analyses de régression logistique binaire ont été réalisées. Le dernier modèle de régression (5 tentatives) associé à l'appartenance au premier type d'expérience de maltraitance (1= appartenance au premier groupe; 0= appartenance aux deux autres groupes) est significatif ($p=.000$). Il explique entre 11.4 % (R^2 de Cox & Snell) et 15.2 % (R^2 de Nagelkerke) de l'association des variables au premier type d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance et classe 51.6 % des répondantes correctement. Le Tableau XX présente les résultats de cette analyse.

Tableau XX. Régression logistique binaire identifiant les variables les plus fortement associées à l'appartenance au premier type d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance (N=246)

| | B (E.S.) | Wald | ddl | p | RC | IC à 95% | |
|--|------------------|-------------|------------|----------|-----------|-----------------|------|
| Sentiment d'insécurité alimentaire (5 mois) | -.339 (.104) *** | 10.755 | 1 | .001 | .712 | .581 | .872 |
| Détresse psychologique (prénatale) | -.028 (.011) ** | 7.141 | 1 | .008 | .972 | .952 | .993 |
| Détresse psychologique (17 mois) | -.024 (.011) * | 5.230 | 1 | .022 | .976 | .956 | .997 |
| Constante | 2.781 (.625) | 19.823 | 1 | .000 | 16.129 | | |

Note. B = Coefficient de régression; E.S. = erreur standard; R.C. = rapport des cotes; $p < 0,001$; I.C. = intervalle de confiance; * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

⁷ Sur le plan de la dimension socioéconomique à 5 mois postpartum, la présence de la variable Sentiment d'insécurité alimentaire, fortement corrélée à la variable Adéquation des ressources matérielles (voir Annexe 26), compense pour l'absence de cette variable.

En ordre d'importance, le sentiment d'insécurité alimentaire à 5 mois postpartum, la détresse psychologique prénatale, ainsi que la détresse psychologique à 17 mois postpartum sont les variables qui demeurent les plus fortement associées à l'appartenance au premier type. Pour l'échelle d'*insécurité alimentaire*, le rapport des cotes est de .712 (coefficient bêta=-.339), ce qui correspond à un risque diminué de 1.40 fois par point d'augmentation sur l'échelle. Ainsi, par rapport aux mères appartenant au premier groupe, les mères appartenant aux deuxième et troisième groupes seraient 2.8 fois plus à risque d'obtenir, par exemple, un score de trois sur neuf (ce qui correspond au 20^{ième} percentile), sur cette échelle, à 5 mois postpartum. Dans la même logique, pour ce qui est de la détresse psychologique, les mères appartenant aux deuxième et troisième groupes seraient 1.99 fois plus à risque en période prénatale et 1.8 fois plus en période postnatale d'obtenir un score au-dessus du point de césure sur l'*Échelle de mesure de manifestations de la détresse psychologique* (Massé *et al.*, 1998), par rapport aux mères du premier groupe.

Pour ce qui est de l'appartenance au deuxième type (1= appartenance au deuxième groupe; 0= appartenance aux deux autres groupes), le dernier modèle de régression (6 tentatives) est significatif ($p=.000$). Cependant, il n'explique qu'entre 3.5 % (R^2 de Cox & Snell) et 5.2 % (R^2 de Nagelkerke) de l'association des variables au deuxième type d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance, même s'il classifie 75.2 % des répondantes correctement. Le Tableau XXI présente les résultats de cette analyse.

Tableau XXI. Régression logistique binaire identifiant les variables les plus fortement associées à l'appartenance au deuxième type d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance (N=246)

| | B (E.S.) | Wald | ddl | p | RC | IC à 95% | |
|-------------------------------------|---------------|--------|-----|------|-------|----------|-------|
| Détresse parentale (17 mois) | .041 (.019) * | 4.398 | 1 | .036 | 1.042 | 1.003 | 1.082 |
| Constante | -2.331 (.520) | 20.080 | 1 | .000 | .097 | | |

Note. B = Coefficient de régression; E.S. = erreur standard; R.C. = rapport des cotes; $p < 0,001$; I.C. = intervalle de confiance; * $p \leq .05$

Ultimement, la seule variable qui demeure significativement associée à l'appartenance au deuxième groupe est la détresse parentale à 17 mois postpartum. Pour cette échelle, le rapport des cotes est de 1.042 (coefficient bêta=.041). Ainsi, par rapport aux mères appartenant aux premier et troisième groupes, les mères appartenant au deuxième seraient 3.9 fois plus à risque d'obtenir un score au-dessus du point de césure ($33 \times e^{.041}$) sur cette sous-échelle de l'*Indice de stress parental – version abrégée* (Abidin, 1995).

Enfin, pour ce qui est de l'appartenance au troisième type (1= appartenance au troisième groupe; 0= appartenance aux deux autres groupes), le dernier modèle de régression (4 tentatives) est significatif ($p=.000$). Il explique entre 10.2 % (R^2 de Cox & Snell) et 15.3 % (R^2 de Nagelkerke) de l'association des variables au troisième type d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance et classe 76.4 % des répondantes correctement. Le Tableau XXII présente les résultats de cette analyse.

Tableau XXII. Régression logistique binaire identifiant les variables les plus fortement associées à l'appartenance au troisième type d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance (N=246)

| | B (E.S.) | Wald | ddl | p | RC | IC à 95% | |
|--|-----------------|--------|-----|------|-------|----------|-------|
| Sentiment d'insécurité alimentaire (5 mois) | .217 (.110) * | 3.925 | 1 | .048 | 1.243 | 1.002 | 1.541 |
| Détresse psychologique (prénatale) | .050 (.012) *** | 16.511 | 1 | .000 | 1.051 | 1.026 | 1.077 |
| Satisfaction réseau de soutien (Ent.) (17 mois) | -.391 (.180) * | 4.683 | 1 | .030 | .677 | .475 | .964 |
| Constante | -1.115 (1.295) | .795 | 1 | .373 | .315 | | |

Note. B = Coefficient de régression; E.S. = erreur standard; R.C. = rapport des cotes; $p < 0,001$; I.C. = intervalle de confiance; * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

En ordre d'importance, la détresse psychologique en période prénatale, la satisfaction du soutien offert par l'entourage, ainsi que le sentiment d'insécurité alimentaire à 5 mois postpartum sont les variables qui demeurent les plus fortement associées à l'appartenance au troisième type. Ainsi, sur le plan de l'insécurité alimentaire à 5 mois postpartum, le rapport des cotes est de 1.243 (coefficient bêta=.217). Ainsi, par rapport aux mères appartenant aux premier et deuxième groupes, les mères appartenant au troisième seraient 1.9 fois plus à risque d'obtenir un score de, par exemple, trois sur neuf ($3 \times e^{.217}$), ce qui correspond au 20^{ième} percentile sur cette échelle, et 4.6 fois plus à risque d'obtenir un score de sept sur neuf ($7 \times e^{.217}$), ce qui correspond au 50^{ième} percentile et au score maximal obtenu à travers l'échantillon. Par ailleurs, en période prénatale, les mères du troisième groupe seraient 3.4 fois plus à risque d'obtenir un score au-dessus du point de césure ($24.5 \times e^{.050}$) sur l'*Échelle de mesure de manifestations de la détresse psychologique* (Massé *et al.*, 1998) que les mères appartenant aux deux autres groupes. Enfin, à 17 mois postpartum, par rapport aux mères du troisième groupe, les mères des premier et deuxième groupes seraient 4.8 fois plus susceptibles de se dire *plutôt satisfaites* ($4 \times e^{-.391}$), 7 fois plus susceptibles de se dire *satisfaites* ($5 \times e^{-.391}$) et 10.4 fois plus susceptibles de se dire *très satisfaites* ($6 \times e^{-.391}$) du soutien reçu par leur entourage.

EN RÉSUMÉ, EN CONTEXTE MULTIVARIÉ, LORSQUE COMPARÉES AUX MÈRES DES DEUX AUTRES GROUPES...

Les mères appartenant au premier groupe seraient...

- moins à risque de vivre de l'insécurité alimentaire à 5 mois postpartum
- moins à risque de détresse psychologique en période pré et postnatale

Les mères appartenant au deuxième groupe seraient...

- plus à risque de détresse parentale à 17 mois postpartum

Les mères appartenant au troisième groupe seraient...

- plus à risque de vivre de l'insécurité alimentaire à 5 mois postpartum
- plus à risque de détresse psychologique en période prénatale
- plus à risque d'être insatisfaites du soutien offert par leur entourage à 17 mois postpartum

En terminant, dans le but de mesurer le risque de surapprentissage (*overfitting*) des modèles statistiques en contexte multivarié, les facteurs d'inflation de la variance ont été calculés. Puisque ces indices se calculent généralement dans le cadre de régressions linéaires, les analyses de régression logistique binaire ont été recalculées en mode linéaire en utilisant les mêmes variables. Pour les trois modèles, les résultats sont pratiquement identiques à ceux obtenus avec les régressions logistiques binaires. De plus, tous les facteurs d'inflation de la variance sont inférieurs à 10 et leur moyenne est inférieure à 1. Par ailleurs, tous les indices de tolérance sont supérieurs à .1. Ces résultats suggèrent que le risque de surapprentissage des modèles est faible (Field, 2009: 223-224).

Chapitre 5 : Discussion

Deux questions de recherche ont été posées. D'abord, nous cherchions à explorer les différents types d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance chez les mères adolescentes qui composaient notre échantillon. Nos résultats mettent de l'avant la forte occurrence de l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance et font ressortir trois types distincts d'expérience. Ensuite, nous souhaitons mieux comprendre les associations pouvant être soulevées entre les différents types d'expérience et les conditions reconnues dans la littérature comme étant associées à l'APPM chez les mères adolescentes. En réponse à ceci, il semble que ce soient les mères appartenant aux deuxième et troisième types qui présentent significativement plus de conditions associées à l'APPM.

Dans la première section de ce chapitre, les principaux constats soulevés par nos résultats seront discutés et interprétés en fonction de la littérature et des enjeux théoriques, empiriques et cliniques qu'ils soulèvent. Les trois sections suivantes viseront à souligner l'originalité et l'apport du projet, ses limites, ainsi que les implications qu'il engendre sur le plan de la recherche et sur le plan clinique.

5.1. Principaux constats

5.1.1. Prévalence élevée des expériences de maltraitance subie dans l'enfance et des conditions associées à l'APPM

Les mères adolescentes composant l'échantillon global (sans égard aux groupes créés par l'analyse de partitionnement des données) présentent une forte occurrence d'expériences de maltraitance subie dans l'enfance et ces dernières sont diversifiées. Ceci abonde dans le même sens que différents auteurs étant préalablement arrivés à la même conclusion (Bailey, Moran et Pederson, 2007; Dym Bartlett *et al.*, 2014; Paquette, Zoccolillo et Bigras, 2007; Putnam-Hornstein *et al.*, 2015; Valentino *et al.*, 2012). Qui plus est, il importe de souligner

que la forme de maltraitance avec la plus forte prévalence est la négligence émotionnelle. Ces résultats rejoignent, notamment, ceux de Paquette, Zoccolillo et Bigras (2007) dans leur étude portant sur la prévalence des différentes formes de maltraitance chez un groupe de mères adolescentes. En effet, tout comme c'est le cas dans notre étude, l'expérience de négligence émotionnelle serait largement répandue. Cependant, à notre connaissance, aucune autre étude utilisant des données sur les mères adolescentes n'a rapporté une occurrence aussi élevée que celle retrouvée chez les répondantes de notre étude. Ceci dit, cette forme de maltraitance, ainsi que les mauvais traitements psychologiques en général, sont encore peu étudiés par rapport aux autres formes de maltraitance (Egeland, 2009; Trickett *et al.*, 2009) et trop souvent sous-détectés en intervention (Trickett *et al.*, 2009). Ainsi, il serait pertinent d'étudier de manière spécifique cette forme de maltraitance qui pourrait être répandue chez les mères adolescentes et ses conséquences potentielles. Ceci s'inscrit dans les mêmes repères que ceux mis de l'avant dans la théorie axée sur le traumatisme qui invite à intéresser à la nature spécifique de toute expérience de maltraitance.

Par ailleurs, lorsqu'en cooccurrence avec d'autres formes de maltraitance, la négligence émotionnelle rapportée devient moins sévère en termes d'intensité. En effet, elle est la seule forme de maltraitance corrélée négativement aux autres. Dans leur étude portant sur l'association entre l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance chez un groupe de mères adultes et le tempérament de l'enfant, Lang, Garstein, Rodgers et Lebeck (2010) étaient d'ailleurs arrivés à la même observation. Ceci pourrait possiblement s'expliquer par le fait que, lorsqu'en cooccurrence avec l'abus émotionnel, la négligence émotionnelle, qui représente une forme de maltraitance se caractérisant par une omission (négligence), pourrait être vécue de manière moins intense aux dépens de comportements de commission qu'implique l'abus émotionnel.

Pour ce qui est du réseau de soutien, plus de 40 % des jeunes femmes avaient pu établir une alliance parentale positive avec leur mère à 5 mois postpartum. Par contre, nos résultats suggèrent qu'une faible alliance parentale avec la mère à cinq mois postpartum serait associée à la dépression postpartum chez la mère adolescente. Ceci rejoint sensiblement les propos de Milan et ses collègues (2007) qui suggèrent que les mères adolescentes qui entretiennent des

relations conflictuelles avec leurs parents seraient plus à risque de présenter des symptômes de dépression pendant leur grossesse. L'étude de Milan et ses collègues était limitée à la période prénatale, mais d'autres auteurs suggèrent que les symptômes dépressifs présents pendant la grossesse peuvent perdurer dans le temps, bien au-delà de la naissance de l'enfant (Meltzer-Brody *et al.*, 2013). Ceci dit, près du quart de notre échantillon (24 %), sans égard aux groupes créés par l'analyse de partitionnement des données, a obtenu un score supérieur au point de césure sur l'*Échelle de dépression postpartum d'Édimbourg* (Cox, Holden et Sagovsky, 1987). Ce constat est préoccupant lorsque l'on considère que la dépression postpartum représente un important facteur de risque à l'APPM (Afifi, 2007; Cox *et al.*, 2008; Meltzer-Brody *et al.*, 2013; Putnam-Hornstein *et al.*, 2013; Reid et Meadows-Olivier, 2007; Sellers *et al.*, 2011; Whitson *et al.*, 2011). Toutefois, même si cette prévalence dans notre échantillon est plus élevée que celle que l'on constate chez les mères adultes qui varierait de 13 % (Bydlowski, 2015) à 20 % (Kim, Connolly et Tamin, 2014), elle demeure inférieure à ce que la littérature portant sur les mères adolescentes suggère, soit de deux à cinq fois plus que chez les mères adultes (Lanzi, Carothers Bert et Jacobs, 2009; Lewin *et al.*, 2014; Logsdon *et al.*, 2005; Schmidt *et al.*, 2006). Or, cet écart pourrait s'expliquer par les stratégies d'échantillonnage qui diffèrent d'une étude à l'autre. Ces stratégies ne correspondent pas nécessairement à la nôtre. En effet, outre leur jeune âge et le fait d'être enceinte, les mères adolescentes recrutées pour prendre part à notre étude ne devaient pas nécessairement présenter d'autres facteurs de risque précis, par exemple sur le plan de leur santé mentale, comme c'est le cas pour d'autres études (Lewin *et al.*, 2014; Logsdon *et al.*, 2005; Schmidt *et al.*, 2006).

5.1.2. Types d'expériences de maltraitance subie dans l'enfance chez les mères adolescentes

Les résultats de l'analyse de partitionnement des données permettent d'identifier trois groupes différents représentant trois types distincts d'expériences de maltraitance subie dans l'enfance chez les mères adolescentes : le premier type représente des mères ayant principalement subi une expérience de négligence émotionnelle dont plus de 90 % d'une intensité élevée à extrême; le deuxième type représente des mères ayant principalement subi

de l'abus sexuel, dont le quart d'une intensité élevée à extrême, et de la négligence émotionnelle, dont plus de 80 % d'une intensité élevée à extrême; et le troisième type représente des mères ayant subi une cooccurrence de plusieurs formes de maltraitance d'une intensité élevée à extrême, à l'exception de la négligence émotionnelle qui est toujours présente mais de plus faible intensité. Une étude portant sur la prévalence des formes de maltraitance chez des mères adolescentes québécoises (n'ayant pas utilisé la même analyse que nous) présente des résultats en partie cohérents avec les nôtres (Paquette, Zoccolillo et Bigras, 2007). En effet, les auteurs suggèrent que la négligence émotionnelle, ainsi que l'abus sexuel, seraient les formes de maltraitance les plus souvent présentes sans cooccurrence avec d'autres formes de maltraitance. Or, dans notre étude, ces deux formes de maltraitance se retrouvent plutôt en cooccurrence et caractérisent le deuxième type, en plus d'être cooccurrentes à toutes les autres formes de maltraitance dans le troisième type. Ceci dit, concernant la négligence émotionnelle, même si cette forme de maltraitance est présente dans tous nos types, il est vrai que pour les mères appartenant au premier groupe, qui représentent plus de la moitié de notre échantillon, cette expérience est subie sans cooccurrence. Ceci rejoint les résultats de Paquette et ses collègues et indique que, pour plus de la moitié des mères de notre échantillon, l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance se caractérise par cette seule forme. Ainsi, nos résultats et ceux de Paquette et ses collègues suggèrent que cette forme de maltraitance est une problématique largement répandue chez les mères adolescentes québécoises, même lorsqu'elles proviennent de contextes différents (Paquette et ses collègues ayant étudié un échantillon qui diffère sensiblement du nôtre sur les plans de la trajectoire scolaire, notamment).

Ceci dit, tel que mentionné dans le deuxième chapitre, nous n'avons pu trouver d'études ayant examiné l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance chez des mères adolescentes, de manière à en faire ressortir des types ou profils distincts. Cependant, deux études portant sur des populations générales d'adolescents (Hazen *et al.*, 2009) et d'enfants (Pears, Kim et Fisher, 2008) l'ont fait et les résultats sont similaires à ceux obtenus dans le cadre de notre projet de recherche. En fait, ils identifient trois (Hazen *et al.*, 2009) et quatre (Pears, Kim et Fisher, 2008) profils dont un avec une expérience de mauvais traitements psychologiques (sans distinguer l'abus émotionnel de la négligence émotionnelle) répandue

dans tous les profils, ce qui correspond à notre premier groupe/type. Ils identifient également un profil caractérisé principalement par l'abus sexuel (ce qui correspond à notre deuxième groupe/type) ou physique, puis un autre qui présente une cooccurrence de plusieurs formes de maltraitance (ce qui correspond à notre troisième groupe/type). Ces résultats similaires entre trois études de contextes différents soulèvent l'hypothèse que les différents profils d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance pourraient être transférables à plusieurs contextes et à plusieurs populations, nonobstant leurs âges, statuts ou conditions de vie, ce qui pourrait potentiellement représenter des repères empirique et clinique intéressants dans une optique de généralisation des connaissances. Ainsi, il se pourrait que l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance se décline de manière similaire chez différentes populations, mais qu'à travers leurs trajectoires, certains enjeux précis surviennent, comme la maternité à l'adolescence dans le cas de nos répondantes.

Nos analyses révèlent qu'il existe des différences significatives entre tous les types d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance selon les différentes formes qui les caractérisent, selon les dimensions à l'étude. Ces différences seront discutées dans les sections suivantes. Or, préalablement, il est intéressant de souligner que, contrairement à nos résultats, Hazen et ses collègues (2009) n'identifiaient aucune différence significative quant aux conditions associées aux expériences de maltraitance entre les profils « abus sexuel, physique et émotionnel » et « abus physique et émotionnel ». En effet, les différences se situeraient plutôt entre ces deux profils et le troisième, caractérisé par une faible expérience de maltraitance, au plan d'une occurrence plus élevée de détresse psychologique chez les jeunes maltraités. Or, l'étude de Hazen et ses collègues portait sur un groupe d'adolescents âgés de 12 à 18 ans, alors que notre étude porte sur des jeunes mères âgées, en moyenne, de 18 ans. Ainsi, peut-être que les différences au plan des conséquences de l'expérience de maltraitance varient peu chez les victimes au début de l'adolescence, mais que ces difficultés se précisent et se distinguent en fin d'adolescence et, possiblement, encore plus en contexte de parentalité. Ceci rejoint ce que Gamache Martin, Van Ryzin et Dishion (2016) mettent de l'avant à l'effet que ce serait pendant la période de l'adolescence que les conséquences engendrées par la maltraitance subie dans l'enfance commencent à prendre forme, à se cristalliser et à se

manifester différemment en fonction des formes de maltraitance subie (Gamache Martin, Van Ryzin et Dishion, 2016).

5.1.3. La maltraitance subie dans l'enfance et les conditions associées à l'APPM chez les mères adolescentes

5.1.3.1. Les conditions socioéconomiques des mères adolescentes

En général, sur cette dimension, les mères appartenant au premier groupe se distingueraient des mères des deuxième et troisième groupes. En effet, nos résultats suggèrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les deuxième et troisième groupes quant à la perception de l'adéquation des ressources matérielles et au sentiment d'insécurité alimentaire, mais que ces deux groupes se distinguent du premier. Ainsi, nos analyses de régression révèlent que, par rapport aux mères appartenant au premier groupe, les mères appartenant aux deuxième et troisième groupes seraient plus à risque de ressentir davantage d'insécurité alimentaire à 5 mois postpartum (ce risque serait encore plus marqué, lorsque l'on compare les mères du troisième groupe aux mères des deux autres groupes). Au contraire, une expérience de maltraitance caractérisée par de la négligence émotionnelle sans cooccurrence (premier groupe de mères) serait associé à un moindre risque de ressentir une insécurité alimentaire à 5 mois postpartum. Ceci suggère que lorsqu'il y a cooccurrence d'un plus grand nombre de formes de maltraitance, l'expérience est potentiellement plus délétère pour la personne sur le plan de la défavorisation matérielle. Or, ceci diffère des repères mis de l'avant par la théorie axée sur le traumatisme qui suggèrent que toute forme de maltraitance, même une sans cooccurrence de plusieurs formes, est susceptible d'affecter la personne l'ayant subie au plan de son fonctionnement, de ses ressources et de son bien-être. Cependant, puisque dans le cadre de notre étude, la quasi-totalité des mères ont subi au moins une forme de maltraitance, il n'a pas été possible de comparer les mères maltraitées à un groupe qui ne l'a pas été. Si l'on se fie aux repères mis de l'avant par la théorie axée sur le traumatisme, il est possible de croire que si nous avions eu accès à un groupe contrôle sans expérience de maltraitance subie dans

l'enfance, même les mères appartenant au premier type se seraient probablement distinguer négativement de celles n'ayant pas été maltraitées.

De plus, le troisième type d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance serait fortement associé à la troisième réalité de vulnérabilité sociale de l'étude de Gendron et ses collègues (2014) qui fait référence à un cumul plus important de conditions associées à la vulnérabilité sociale. À l'opposé, les mères appartenant au premier type d'expérience de maltraitance se retrouvent significativement moins associées à cette troisième réalité de vulnérabilité sociale. Ce résultat est intéressant dans la mesure où la réalité de vulnérabilité sociale de Gendron et ses collègues a été créée par une analyse de partitionnement des données sur 11 variables relatives à la santé physique et mentale, aux conditions socioéconomiques et au réseau de soutien. L'expérience de maltraitance subie dans l'enfance était l'une de ces variables. Or, le fait que le troisième type d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance soit significativement associé à la troisième réalité de vulnérabilité sociale de Gendron et ses collègues, que le deuxième type ne le soit pas et que le premier y soit significativement moins associé soulève l'hypothèse que l'expérience de maltraitance, lorsque caractérisée par une cooccurrence de toutes les formes, pourrait, à elle seule, indiquer le niveau de vulnérabilité sociale des mères. Ceci ne s'appliquerait pas aux autres expériences de maltraitance. Il pourrait donc être possible de croire que lorsque l'on vise à évaluer le cumul des conditions de vulnérabilité sociale des mères adolescentes, examiner l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance serait très pertinent et vice versa. De plus, dans la mesure où les conditions socioéconomiques, personnelles et parentales contribuant à leur vulnérabilité seraient fortement associées à l'APPM chez les mères adolescentes (Scannapieco et Connell-Carrick, 2015), il pourrait alors être suggéré, en recherche, que de mettre l'accent sur l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance par la mère pourrait être grandement révélateur pour évaluer le risque d'APPM. Putnam-Hornstein et ses collègues (2015) arrivaient d'ailleurs à la même conclusion et affirmaient que, même après avoir contrôlé différentes variables sociodémographiques pouvant mener à l'APPM chez les mères adolescentes (notamment, le revenu), l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance demeure la variable qui y était la plus significativement associée (Putnam-Hornstein *et al.*, 2015) ce qui concorde encore avec les propositions de la théorie axée sur le traumatisme. Cette idée appuie, également,

l'importance d'évaluer l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance chez les mères adolescentes, dans un contexte clinique de prévention de l'APPM.

Enfin, sur le plan de la trajectoire scolaire, parmi les mères qui fréquentaient l'école avant la grossesse, les mères appartenant au premier groupe ont davantage tendance⁸ à reprendre les études à 17 mois postpartum alors que, parmi les mères qui ne fréquentaient pas l'école avant la grossesse, ce sont les mères appartenant au troisième groupe qui ont davantage tendance⁹ à avoir repris les études à 17 mois postpartum. Ces résultats sont intéressants dans la mesure où ils mettent en évidence deux réalités distinctes. D'une part, il semble que les mères appartenant au premier type soient celles pour qui la maternité affecte le moins négativement leur trajectoire scolaire. En effet, près d'un an et demi après la naissance de leur enfant, elles avaient repris l'école. Cependant, pour les mères appartenant au troisième type d'expérience de maltraitance, la participation à un programme scolaire à 17 mois postpartum serait une nouvelle expérience et non pas la continuité d'un projet déjà entamé. Ceci rejoint les propos de certains auteurs qui suggèrent que, pour les mères adolescentes cumulant plus d'expériences d'adversité, la naissance de l'enfant peut représenter une motivation pour se prendre en main et explorer de nouvelles avenues potentiellement fructueuses tel l'obtention d'un diplôme (Borkowski, Whitman et Farris, 2007; Davies *et al.*, 2003; Easterbrooks *et al.*, 2011; Haight *et al.*, 2009; Williams et Vines, 1999). Or, même si les résultats tirés de données qualitatives de l'étude de Gendron et ses collègues (2014) suggèrent que certaines mères adolescentes voient en la maternité une motivation à reprendre leurs études, nous pourrions aussi penser que ces mères pourraient être celles étant les plus suivies par des intervenants qui les accompagnent dans leur retour à l'école. Ainsi, ce retour aux études pourrait ne pas nécessairement être totalement le fruit de leurs motivations intrinsèques. Or, si tel est le cas, ce ne serait pas nécessairement des intervenants PSJP qui occuperaient ce rôle, puisque ces mères sont également celles qui perçoivent recevoir le moins de services de ce programme à 17 mois postpartum.

⁸ $p > 0,05$ à $0,10$

⁹ *Ibid*

5.1.3.2. Le réseau de soutien des mères adolescentes

Nous n'avons trouvé aucune différence significative entre les trois types d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance pour ce qui est de la situation conjugale des mères (relation amoureuse) ou de leur satisfaction quant au soutien qu'elles reçoivent de la part de leur partenaire. Ceci va à l'encontre de ce qui est mis de l'avant dans la littérature, à l'effet que les mères ayant subi de l'abus sexuel seraient plus à risque d'être en situation de monoparentalité (Scannapieco et Connell-Carrick, 2015). Nous aurions donc pu nous attendre à ce que les mères appartenant aux deuxième et troisième groupes se distinguent de leurs pairs appartenant au premier. Or, ceci pourrait également s'expliquer par le fait que la variable Satisfaction du soutien offert par le partenaire, pour laquelle plusieurs données manquantes ont été enregistrées, présentaient une faible puissance statistique. Ainsi, le fait de ne pas avoir trouvé de différences significatives sur cet aspect pourrait possiblement s'expliquer par le fait que plusieurs de nos répondantes ne sont simplement pas investies dans une relation conjugale stable.

Ceci dit, les mères appartenant au troisième type d'expériences de maltraitance vivaient davantage seules lorsque comparées aux mères appartenant aux deux autres groupes. Ceci pourrait, d'ailleurs, être en lien avec le fait qu'elles disposent d'une moins grande adéquation de ressources matérielles, comme le suggèrent d'autres auteurs (Black *et al.*, 2002; Lewin, Mitchell et Ronzio, 2013; Sellers *et al.*, 2011) ou qu'elles présentent un score significativement plus élevé que les mères appartenant aux deux autres groupes sur l'*Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg* (Cox, Holden et Sagovsky, 1987) à 5 mois postpartum. En effet, la recension des écrits suggère que la situation conjugale des mères adolescentes serait fortement associée à leur état psychologique (Kalil et Kunz, 2002) et la présence du père de l'enfant dans la vie de ce dernier et de sa mère contribuerait à amoindrir les conséquences négatives de la dépression de la mère (Lewin *et al.*, 2014), ce qui est davantage le cas des mères appartenant aux premier et deuxième groupes.

Par ailleurs, nos analyses suggèrent que les mères appartenant au troisième groupe présentent une satisfaction du soutien reçu par l'entourage significativement inférieure à celles des mères du premier groupe, mais seulement aux deux temps de mesure suivant la naissance de l'enfant, alors que les mères des premier et deuxième groupes ne se distinguent pas significativement. Or, nos analyses de régression viennent préciser cet aspect et suggèrent que les mères du troisième groupe seraient fortement plus à risque que l'ensemble des autres mères d'être insatisfaites de leur réseau de soutien, mais seulement à 17 mois postpartum. Ce constat abonde dans le même sens que plusieurs autres auteurs ayant suggéré que le réseau de soutien d'une mère adolescente tend à s'affaiblir à la suite de la naissance de son enfant (Easterbrooks *et al.*, 2011; Furstenberg, 1980; Knight, Chase et Aggleton, 2006). Nos résultats indiquent que ceci pourrait être lié à une cooccurrence de plus de deux expériences de maltraitance subie dans l'enfance (type du troisième groupe), notamment de négligence physique. Ainsi, il est possible de croire que les parents des mères adolescentes n'ayant pas été en mesure de s'en occuper pleinement dans leur enfance ne sont pas plus en mesure de les soutenir une fois devenus grands-parents. Ceci rejoint les propos de Afel et Seitz (1991) qui rapportent que la problématique de « parentalité précoce » engendre également celle de la « grand-parentalité précoce » et qu'il importe de soutenir ces nouveaux grands-parents dans cette transition, afin qu'ils puissent représenter, eux-mêmes, une source de soutien pour leur fille.

De plus, Egeland (2009) suggère qu'une expérience de mauvais traitements psychologiques serait associée à une faible satisfaction du réseau de soutien. Ceci dit, Egeland ne spécifie pas, ici, ce qu'il entend par mauvais traitements psychologiques, à savoir s'il est question de négligence ou d'abus émotionnels. Or, si l'on se fie à nos résultats, nous pourrions penser que ce serait l'expérience d'abus émotionnel qui y serait notamment associée et non pas nécessairement l'expérience de négligence émotionnelle. En effet, nos résultats obtenus par le biais des ANOVA suggèrent que les mères appartenant au premier groupe, ayant subi une expérience de négligence émotionnelle sans cooccurrence, présentent un meilleur niveau de satisfaction du réseau de soutien, particulièrement lorsque comparées aux mères du troisième groupe ayant subi, entre autres, une expérience d'abus émotionnel et une expérience de négligence émotionnelle de faible intensité.

D'autre part, des auteurs suggèrent qu'un soutien adéquat et positif d'un parent non-maltraitant minimiserait significativement le risque de transmission intergénérationnelle de la maltraitance à l'égard de l'enfant de la jeune mère (Dym Bartlett et Easterbrooks, 2012) et, *a contrario*, qu'une perception négative des mères adolescentes victimes de maltraitance intrafamiliale à l'égard de leur parent serait associée au risque accru de transmission intergénérationnelle de la maltraitance (Milan *et al.*, 2004b). Ceci, ainsi que nos résultats, met de l'avant l'importance de l'évaluation de la satisfaction du réseau de soutien chez la jeune mère, dans une optique de prévention de l'APPM, particulièrement chez celles ayant subi une cooccurrence de formes de maltraitance. Ceci dit, les mères appartenant aux deuxième et troisième groupes feraient moins appel à leurs proches (famille et amis) pour recevoir du soutien matériel à 17 mois postpartum que les mères appartenant au premier groupe, ce qui pourrait également représenter un facteur de protection contre l'APPM. En effet, Easterbrooks et ses collègues (2011) suggèrent que les jeunes mères ayant subi de la maltraitance dans leur enfance et s'étant davantage distanciées de leur famille d'origine après la naissance de leur enfant en ne dépendant plus de leur soutien matériel cumuleraient moins de facteurs de risque associés à l'APPM. Ceci témoignerait possiblement alors davantage d'un facteur de protection à l'APPM que d'un isolement social.

Par ailleurs, considérant que les mères appartenant au troisième groupe perçoivent recevoir moins de services PSJP, il est possible de croire que ces mères ne reçoivent pas nécessairement le soutien permettant de pallier à l'absence de leurs proches. Ce serait les mères du deuxième groupe qui soutiennent recevoir plus de services que leurs pairs à 17 mois postpartum. Ceci pourrait-il s'expliquer par le fait que les mères du deuxième groupe se distinguent des autres mères en présentant un niveau plus élevé de détresse psychologique et de détresse parentale à 17 mois postpartum? Les mères de ce groupe dévoilent peut-être plus leur détresse que les autres, facilitant le travail de l'intervenant ou alors les intervenants feraient une bonne lecture des besoins de ces mères. De fait, les besoins de ces mères sont possiblement plus précis en relevant davantage de facteurs liés à l'exercice de la parentalité, notamment au plan des connaissances sur le développement de l'enfant (même si cette variable n'est plus significative en contexte multivarié), ce qui cadre avec les objectifs des SIPPE. Or, dans une optique de prévention de l'APPM, tel que mis de l'avant par les repères

de la théorie axée sur le traumatisme, il importe de ne pas omettre de soutenir les mères présentant également des expériences de maltraitance avec une cooccurrence d'un plus grand nombre de formes et un plus grand cumul de difficultés sur les plans socioéconomique, du réseau de soutien et de la santé mentale.

De plus, nos résultats permettent d'émettre l'hypothèse que l'évaluation des besoins des mères, dans le cadre du programme d'intervention, ne serait pas optimale sur cet aspect et ne permettrait pas de rejoindre des groupes de mères requérant possiblement une intervention plus complexe. En effet, à 17 mois postpartum, en ce qui concerne la satisfaction de la fréquence des services PSJP reçus, les mères appartenant au troisième groupe seraient le moins satisfaites, ce qui est cohérent avec le fait qu'elles sont significativement plus susceptibles de ne pas en avoir reçu au cours des trois derniers mois. Ainsi, ces mères, qui en réalité présentent plus de difficultés que leurs pairs des autres groupes, sont celles qui souhaiteraient obtenir plus de services. Cette perception d'absence de services représente un obstacle à la détection de difficultés pouvant subvenir à mesure où l'enfant vieillit. Feldman (1971, tel que cité par Russell, 1980) suggère que les parents d'un jeune enfant peuvent avoir besoin de quatre ou cinq années avant de pouvoir réellement assumer leurs difficultés parentales et aborder de manière éclairée les défis encourus par la parentalité. Le programme SIPPE est d'ailleurs conçu pour être offert pendant les cinq premières années de vie de l'enfant (Gouvernement du Québec, 2004). Ainsi, il apparaît pertinent de se poser la question à savoir ce qui explique qu'une proportion importante de mères, particulièrement celles ayant subi une cooccurrence de toutes les formes de maltraitance et présentant un cumul important de conditions associées à l'APPM, affirment ne déjà plus recevoir de services à 17 mois postpartum. Ceci va à l'encontre des fondements des SIPPE et des repères cliniques appuyés par la théorie axée sur le traumatisme qui invitent, à adapter les objectifs cliniques aux besoins spécifiques de la mère afin de maximiser sa participation à l'intervention et ainsi prévenir l'APPM.

5.1.3.3. La santé mentale des mères adolescentes et leur fonctionnement parental

Les résultats suggèrent que les types d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance sont associés différemment aux variables selon la dimension étudiée (c'est-à-dire, conditions socioéconomiques, réseau de soutien, santé mentale et fonctionnement parental). Toutefois, les mères appartenant au troisième type qui ont subi une plus grande cooccurrence d'un plus grand nombre de formes de maltraitance que leurs pairs appartenant aux deux autres groupes ne sont pas toujours celles qui présentent le plus de conditions associées à l'APPPM, notamment sur les plans de la santé mentale postpartum (détresse psychologique) et de la parentalité (détresse parentale et surestimation du développement de l'enfant). En effet, le fait que les mères du deuxième groupe soient celles qui obtiennent un score significativement plus élevé sur l'*Échelle de mesure de manifestations de la détresse psychologique* (Massé et al., 1998) à 17 mois postpartum est particulièrement intéressant, dans la mesure où les mères appartenant au troisième groupe sont celles qui auraient davantage reçu un diagnostic pour trouble nerveux, émotifs ou psychologiques avant la naissance de leur enfant, ce qui est le cas de très peu de mères appartenant au deuxième groupe. Ces dernières seraient-elles sous-diagnostiquées? Ou, au contraire, seraient-ce les mères appartenant au troisième groupe qui seraient sur-diagnostiquées? Il n'est pas possible de répondre à ces questions dans le cadre de ce projet, mais les résultats obtenus invitent à s'y pencher. Hodgkinson et ses collègues (2014) avaient d'ailleurs avancé que la pauvreté matérielle contribuerait à minimiser l'accès aux services en santé mentale pour les jeunes, ce qui pourrait potentiellement être une réalité qui touche davantage les mères appartenant au deuxième groupe.

Or, même s'il a été suggéré que l'abus sexuel subi dans l'enfance représente un facteur de risque associé au développement de problèmes de santé mentale (Fergusson, Boden et Horwood, 2008; Romano, Zoccolillo et Paquette, 2006; Trickett, Noll et Putnam, 2011), ce qui pourrait être cohérent avec l'occurrence de la détresse psychologique chez les mères du deuxième groupe (tel que démontré par nos analyses de variance univariée), ce qu'il importe de souligner dans le cas de ces mères est le changement qui survient au plan de leur détresse psychologique après la naissance de leur enfant. Ce changement suggère que ce serait possiblement les enjeux liés à la parentalité qui pourraient expliquer cette détérioration de leur

état psychologique. De plus, nos analyses de variance indiquent que les mères du deuxième groupe surestiment davantage le développement de l'enfant et présentent une détresse parentale supérieure à celles des autres mères. Les constats en lien avec la détresse parentale ont d'ailleurs été confirmés par les analyses de régression qui suggèrent que la seule variable qui demeure significativement associée à l'appartenance au deuxième groupe, lorsqu'en interaction avec d'autres variables, est la détresse parentale à 17 mois postpartum. En effet, par rapport aux mères appartenant aux premier et troisième groupes, les mères appartenant au deuxième seraient près de quatre fois plus à risque d'obtenir un score au-dessus du point de césure sur cette sous-échelle de l'*Indice de stress parental – version abrégée* (Abidin, 1995). Ces résultats rejoignent, également, ceux d'Éthier, Lacharité et Couture (1995) qui suggèrent que la détresse parentale serait associée à l'expérience d'abus sexuel subi dans l'enfance (ce qui correspond à l'expérience du deuxième groupe) et à l'APPM (négligence) et de Scannapieco et Connell-Carrick (2015) qui soutiennent que l'expérience d'abus sexuel dans l'enfance serait associée à l'entretien d'attentes irréalistes face à l'enfant et à l'APPM. Ceci pourrait possiblement signifier qu'une fois leur enfant né, les mères appartenant au deuxième groupe ressentiraient plus de difficultés que leurs pairs appartenant aux autres groupes à composer avec les nombreuses responsabilités parentales tout en les conjuguant aux défis associés au développement normal d'une adolescente (Hassan et Paquette, 2004). Ainsi, nos résultats suggèrent que l'expérience d'abus sexuel et de négligence émotionnelle, à la suite de la naissance de l'enfant, serait, possiblement plus que les autres formes de maltraitance, associée à l'éveil de difficultés qui n'étaient pas au premier plan avant la naissance de l'enfant. Or, lorsque vient le temps de mesurer le risque de transmission intergénérationnelle de la maltraitance dans un cadre empirique, Widom, Czaja et DuMont (2015) soutiennent que les expériences d'abus sexuel et de négligence subies dans l'enfance seraient trop souvent ignorées en faveur de l'expérience d'abus physique sur laquelle l'accent serait principalement mis. Ceci va à l'encontre des repères mis de l'avant par la Théorie axée sur le traumatisme.

En effet, en cohérence avec les concepts mis de l'avant par Fraiberg et ses collègues (1975), des auteurs suggèrent qu'une fois l'enfant né, « lorsque le parent est confronté à l'interaction avec son bébé, celui-ci joue le rôle de "stresseur" : il réveille le traumatisme chez le parent » (Guédeney, Tereno, Tissier, Guédeney, Greacen, Saïas et Tubach, 2012 : 363). La

naissance et les premières années de vie d'un enfant auraient ainsi le potentiel de créer un contexte de stress difficile à gérer pour une personne vulnérabilisée par une expérience antérieure d'adversité (Éthier, 1992) ou par un traumatisme non résolu (Ensink *et al.*, 2014). L'incertitude, les pleurs du bébé, l'exigence, la fatigue et le débalancement hormonal, par exemple, peuvent créer des conditions favorables à la manifestation de symptômes du TSPT, rendant la mère encore moins disposée à s'occuper de son enfant (Ensink *et al.*, 2014). Ainsi, même si nous ne disposons pas de données permettant d'évaluer la présence du TSPT chez les répondantes, la détérioration suggérée de l'état psychologique des mères appartenant au deuxième groupe justifie l'importance de s'y attarder, surtout considérant l'association largement établie entre l'expérience d'abus sexuel et la présence de symptômes associés au TSPT dans l'enfance (Hébert et Cyr, 2013) et, plus tard, en contexte de parentalité (Sirois *et al.*, 2015).

Ceci dit, les mères appartenant au premier groupe se distinguent des autres sur le plan de la santé mentale et ce tant en période prénatale qu'en période postpartum. En effet, les mères du premier groupe obtiennent un score moyen sur l'*Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg* (Cox, Holden et Sagovsky, 1987) significativement inférieur, suggérant que toutes formes de maltraitance subie dans l'enfance, à l'exception de la négligence émotionnelle sans cooccurrence à d'autres formes, seraient possiblement plus associées à la dépression postpartum dans les mois suivant la naissance de l'enfant. Ceci rejoint les propos de Paquette, Zoccolillo et Bigras (2007) qui suggèrent qu'une expérience caractérisée par une cooccurrence de formes de maltraitance représente un facteur de risque au développement d'une dépression postpartum. Aussi, pour ce qui est de la détresse psychologique, largement répandue à travers l'échantillon, les mères appartenant au premier groupe en présentent significativement moins que les mères appartenant au troisième, en période prénatale. Nos analyses de variance multivariée confirment, d'ailleurs, ceci et suggèrent que, tant pour les mères du troisième groupe qui voient leur risque d'obtenir un score plus élevé augmenter que pour les mères appartenant au premier type qui voient leur risque diminuer, cette variable demeure significative lorsqu'en interaction avec d'autres variables. En effet, les mères appartenant aux deuxième et troisième groupes seraient près de deux fois plus à risque d'obtenir un score au-dessus du point de césure sur l'*Échelle de mesure de manifestations de*

la détresse psychologique (Massé *et al.*, 1998), en période prénatale, par rapport aux mères du premier groupe. Or, lorsque l'on compare les mères du troisième groupe aux deux autres, les mères du troisième groupe seraient plus de trois fois plus à risque d'obtenir un score au-dessus du point de césure sur cette échelle. Ce résultat rejoint les propos mis de l'avant par Milan et ses collègues (2004a) qui soulignent que plus les expériences de maltraitance (notamment l'abus physique) vécues par les mères adolescentes sont sévères, plus ces dernières seraient à risque de présenter des symptômes associés à la détresse psychologique et que ce facteur de risque pour l'APPM est non-négligeable.

De plus, malgré la prévalence élevée de dépression chez ces mères à 5 mois postpartum, le fait que les mères du troisième groupe voient leur détresse psychologique qui était présente avant la naissance de leur enfant s'améliorer à 17 mois postpartum suggère que, pour certaines de ces mères particulièrement éprouvées, la naissance de l'enfant représente un événement favorable à leur bien-être. Ceci rejoint les constats de plusieurs autres auteurs qui avançaient qu'une expérience de parentalité à l'adolescence peut servir d'agent de bonheur et d'espoir pour l'atteinte de nouveaux buts en lien avec la parentalité (Borkowski, Whitman et Farris, 2007; Davies *et al.*, 2003; Easterbrooks *et al.*, 2011; Haight *et al.*, 2009; Williams et Vines, 1999). Or, ceci va à l'encontre des repères mis de l'avant par la théorie axée sur le traumatisme qui suggère plutôt que la relation mère-enfant pourrait être affectée par les conséquences persistantes de l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance par la mère. Or, nos données ne nous permettent pas d'évaluer si la relation mère-enfant change avec le temps, ce qui aurait pu nous éclaircir davantage quant aux réels enjeux relationnels pouvant en découler.

D'autre part, selon nos résultats, la relation que les mères entretiennent avec leur enfant ne serait pas significativement affectée par leur état de santé mentale, ce qui est positif considérant les nombreux risques et enjeux mis de l'avant par la théorie axée sur le traumatisme à cet effet. Ainsi, même si plus de mères du deuxième groupe présentent une relation dysfonctionnelle avec leur enfant que les mères des autres groupes, la différence sur la moyenne des scores obtenus sur cette mesure n'est pas significative. Il n'y a pas non plus de

différence significative entre les groupes au plan de la sensibilité parentale des mères envers leur enfant, également mesurée à 5 mois postpartum. Bien qu'il s'agisse de mesures différentes, ce constat diffère de ceux de Pasalich et ses collègues (2016) qui soutiennent que les expériences d'abus physique et d'abus sexuel subies dans l'enfance seraient associées au développement d'une relation mère-enfant plus hostile. À cet effet, nous aurions pu nous attendre à ce que les mères appartenant au deuxième groupe, mais aussi au troisième groupe, se distinguent significativement des mères appartenant au premier. Toutefois, ce n'est pas le cas. Or, il se peut que cette contradiction s'explique par le fait que, dans notre étude, ces variables ont été mesurées trop tôt dans la vie de l'enfant, soit à 17 mois postpartum. En effet, l'étude de Pasalich et ses collègues s'étend sur neuf ans postpartum et les difficultés relationnelles mère-enfant ont plutôt été mesurées à quatre ans et demie postpartum.

Enfin, même si les conditions associées à la santé mentale et à la parentalité mises de l'avant ci-dessus représentent des conditions associées à l'APPM, il importe de souligner qu'il n'y a aucune différence significative entre les groupes pour ce qui est de l'occurrence rapportée de contacts avec la DPJ pour leur enfant. Cette variable, qui représente un bon indicateur quant au risque d'APPM, serait davantage associée à des variables socioéconomiques et personnelles. Ceci pourrait possiblement être lié au fait qu'il n'y a pas de différences significatives entre les groupes au plan de la relation mère-enfant. Or, l'absence de différences significatives entre les groupes sur le plan du contact avec la DPJ suggère également que, malgré une littérature abondante à l'effet qu'une expérience de maltraitance subie dans l'enfance représente un facteur de risque à l'APPM, cet aspect ne semble pas influencer l'occurrence de contacts avec la DPJ pour les mères ayant subi des expériences de maltraitance dans l'enfance et qui, en tant que mères, cumulent plusieurs conditions étant associées à l'APPM. Il est vrai que ceci pourrait signifier que les mères n'adoptent pas de pratiques parentales maltraitantes ou que l'intervention mise en place ne détecte pas adéquatement le *risque* associé à l'APPM. Or, les résultats tirés de données qualitatives de l'étude de Gendron et ses collègues (2014) suggèrent, également, que les intervenants du PSJP éviteraient consciemment de faire des signalements au DPJ dans le but de préserver le lien de confiance qu'elles établissent avec les mères.

5.2. Originalité et apport du projet de recherche

Au terme de cette étude, trois principaux éléments d'originalité et d'apport du projet de recherche sont soulevés, soit (a) notre choix méthodologique quant à l'analyse des données, (b) les résultats distincts obtenus selon la forme de mauvais traitements psychologiques étudiée et (c) l'émergence de certains constats positifs concernant les types d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance.

5.2.1. Choix théorique et méthodologique pour l'analyse des données

Dans l'histoire récente du travail social québécois, on fait peu référence au cadre d'analyse utilisé dans cette thèse, soit la théorie axée sur le traumatisme. Cette théorie diffère de celles généralement utilisées à l'heure actuelle, notamment l'approche bioécologique. Elle invite d'abord à se centrer sur l'expérience vécue par la personne pour ensuite contextualiser ses difficultés selon les aspects de sa vie qui en sont affectés. Pour ce faire, notre devis quantitatif et notre échantillon composé d'un nombre élevé de répondantes nous ont menés vers une analyse de partitionnement des données. Notre recension des écrits nous a permis de constater que ce type d'analyse est peu utilisé par les auteurs s'intéressant aux expériences de maltraitance subie dans l'enfance chez les mères adolescentes. Dans le cadre de cette étude, le devis exploratoire et l'utilisation de l'analyse de partitionnement des données ne permet peut-être pas d'expliquer le contexte dans lequel l'expérience de maltraitance s'est déployée, mais elle permet de décrire l'expérience subie par la jeune mère et de la caractériser de manière à rendre justice à sa nature complexe. Ainsi, nos résultats indiquent que cette méthode est pertinente pour distinguer des réalités particulières permettant d'identifier des tendances et des types distincts pour ensuite explorer leur association aux conditions qui contribuent au risque d'APPM chez les jeunes mères. De plus, cette méthode facilite l'interprétation des résultats, en transformant l'échantillon de près de 300 mères en un sous-échantillon composé de trois groupes.

5.2.2. Distinctions selon les formes de mauvais traitements psychologiques

Tel que mentionné préalablement, contrairement à plusieurs autres études portant sur la maltraitance, nos résultats permettent de faire la distinction entre la négligence et l'abus émotionnel, souvent regroupés sous l'appellation « mauvais traitements psychologique » (ou « maltraitance psychologique »). Or, il importe de souligner que la forme de maltraitance avec la plus forte occurrence chez les mères adolescentes ayant participé à notre étude est la négligence émotionnelle. À notre connaissance, aucune autre étude portant sur les mères adolescentes n'a rapporté une prévalence aussi élevée. Nos résultats pourraient cependant être généralisés à d'autres contextes, considérant l'hétérogénéité de notre échantillon. Ceci met donc l'accent sur la pertinence et l'importance de s'attarder à cette forme de maltraitance de manière spécifique puisqu'elle est répandue et associée à sa manière à différentes conditions reconnues dans la littérature comme étant associées à l'APPM.

De plus, théoriquement, la négligence et l'abus émotionnel font référence à des concepts qui diffèrent. Or, au-delà de l'aspect théorique, nos résultats évoquent clairement cette réalité. En effet, pour les trois types d'expérience de maltraitance, lorsque l'abus émotionnel est présent, la négligence émotionnelle l'est moins. Ceci renforce encore plus l'importance de distinguer ces deux formes de maltraitance et de les considérer en fonction de leurs conséquences potentielles respectives. Elles ne font pas référence au même concept et les regrouper, comme ceci a été fait dans le cadre de plusieurs études (notamment, Egeland, 2009 et Valentino, 2012), contribue à masquer une réalité propre à l'expérience de maltraitance d'une personne.

5.2.3. Émergence de constats positifs

Possiblement dû au fait que notre stratégie d'échantillonnage n'était pas ciblée vers des problématiques particulières, autre que la parentalité à l'adolescence, comme c'est le cas pour

d'autres études (par exemple, Holub *et al.*, 2007 et Lesser *et al.*, 2007, qui avaient des répondantes présentant des risques au plan de leur santé physique, ou Milan *et al.*, 2007 qui avaient des répondantes issues de minorités ethniques), notre étude présente une réalité des mères adolescentes moins sombre que ce qui est généralement mis de l'avant dans la littérature. Notamment, bien que les problèmes de santé mentale soient fréquents et que les mères adolescentes se distinguent de la population générale, les proportions identifiées dans notre étude sont inférieures à celles suggérées dans d'autres études. Ceci permet d'arriver à des constats moins alarmistes et permettant d'axer les interventions sur les forces des mères qui sont considérées d'emblée comme représentant un défi particulier. En effet, contrairement à ce que la littérature suggère, les mères appartenant au troisième type ayant subi une cooccurrence d'un plus grand nombre de formes de maltraitance que leurs pairs appartenant aux deux autres groupes ne sont pas toujours celles qui présentent le plus de difficultés, notamment sur les plans de la santé mentale et de la parentalité. Au contraire, les mères appartenant au troisième groupe sont celles chez qui une amélioration au plan de la détresse psychologique peut être remarquée à mesure que leur enfant vieillit malgré le fait que c'est ce groupe de mères qui est associé à un cumul plus important de conditions de vulnérabilité sociale. De plus, ce sont celles qui surmontent le défi du décrochage scolaire pour retourner aux études suite à la naissance de leur enfant. Elles surestiment, également, moins le développement de l'enfant, en période prénatale, que les mères du deuxième groupe. Nos résultats suggèrent donc, contrairement à ce qui est généralement mis de l'avant dans la littérature empirique et théorique, que les difficultés associées à l'expérience de maltraitance, selon les dimensions étudiées, ne s'aggravent pas nécessairement toujours en fonction de la cooccurrence de plusieurs formes.

5.3. Limites potentielles du projet de recherche

Malgré l'apport des résultats obtenus, ces derniers comportent des limites méthodologiques qui se doivent d'être soulignées, soit sur (a) le plan statistique, (b) du choix de l'approche et (c) du choix du devis et des variables.

5.3.1. Limites statistiques

La présence de données manquantes pour certaines variables, notamment Satisfaction du soutien offert par le partenaire, Alliance parentale avec la mère et Adéquation des ressources matérielles (5 mois), a possiblement nuit à la détection des différences entre les groupes. De plus, le fait que certaines variables présentent une distribution anormale des données contribue à diminuer la validité de nos analyses, notamment en contexte multivarié. Ceci dit, tel que mentionné préalablement, ces données extrêmes font état de l'hétérogénéité de notre échantillon. Tant pour les variables relatives à l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance que pour celles représentant les conditions associées à l'APPM, nous sommes d'avis que de retirer les données extrêmes auraient pu masquer une réalité propre à certaines répondantes. De plus, il est possible de croire que la présence de ces données extrêmes a contribué à distinguer les groupes entre eux, considérant l'utilisation de l'analyse de partitionnement des données. C'est pourquoi nous avons choisi de conserver ces données, mais d'utiliser un test *post hoc* adapté à la nature de nos données.

5.3.2. Choix de l'approche

La nature exploratoire de notre étude ne permet pas de présenter les constats en termes de tentatives de confirmation. En effet, puisqu'aucune hypothèse n'a été testée, nos constats permettent, plutôt, d'offrir des pistes de réflexion, tant sur le plan de la recherche que sur le plan clinique, et des questionnements appuyés empiriquement. Or, nous sommes d'avis qu'il serait pertinent de reprendre ces constats et de les confirmer dans le cadre d'une étude subséquente, à l'aide d'hypothèses préétablies.

5.3.3. Choix du devis et des variables

Tel que mentionné préalablement, cette étude s'inscrit dans une étude plus large, ce qui a mené à des analyses secondaires de données. Ceci implique que le choix des variables impliquées dans les analyses est limité et peut être contraignant. Ainsi, considérant des résultats obtenus qui suggèrent que les mères entretiennent des relations positives avec leur enfant, il aurait été intéressant d'évaluer cet aspect en fonction de facteurs propres à l'enfant. Des mesures visant à évaluer la qualité de son attachement à sa mère et sa santé psychologique et physique, entre autres, auraient sans doute permis d'obtenir une perspective permettant d'analyser les résultats et les conséquences associées à l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance par la mère de manière plus holistique.

Dans le même ordre d'idées, il aurait été intéressant et pertinent d'avoir accès à des données relatives aux services reçus par les mères adolescentes en réponse à leur expérience de maltraitance subie dans l'enfance. Ceci aurait permis d'évaluer si les mères ont reçu des services et, le cas échéant, leur effet sur l'adaptation de la mère face à sa situation d'adversité.

Par ailleurs, nous sommes d'avis que l'accès à des données portant sur la maltraitance, tant celle subie que celle commise par les mères aurait permis une profondeur supplémentaire à l'étude. Ceci est d'ailleurs appuyé par Widom, Czaja et DuMont (2015) qui affirment que, lorsqu'il est question de maltraitance, se fier sur une seule source d'information augmente le risque d'obtention de données erronées. Si nous avions eu accès aux dossiers cliniques de la DPJ, nous aurions pu obtenir des données objectives quant à l'expérience des mères subie dans leur enfance qui seraient venues en appui aux données auto-rapportées. En effet, l'utilisation de données auto-rapportées permet de se fier à la perception des mères et au regard qu'elles portent sur leur propre trajectoire, et non pas sur une évaluation menée dans le cadre d'une intervention formelle. Ainsi, idéalement, nous aurions eu accès à ces deux sources de données, afin qu'elles soient analysées de manière complémentaire. Par ailleurs, en ayant accès aux dossiers cliniques des enfants des répondantes, nous aurions pu aborder l'APPM et non pas seulement le *risque* d'APPM chez les mères. Or, nous sommes d'avis que de

s'attarder aux *conditions* associées à l'APPM, plutôt qu'à la maltraitance en soi, permet tout de même d'offrir des repères permettant de contribuer au succès d'une intervention préventive.

De plus, concernant la variable permettant de mesurer la détresse psychologique des mères en période prénatale et à 17 mois postpartum, il aurait été intéressant que celle-ci soit également mesurée à 5 mois postpartum afin que les données puissent être analysées en parallèles à ceux en lien avec la dépression postpartum également mesurée à 5 mois postpartum. Ceci aurait été particulièrement pertinent pour les mères présentant le troisième type d'expériences de maltraitance qui se distinguent des autres mères au plan de l'occurrence élevée de dépression à 5 mois postpartum mais qui voient leur niveau de détresse psychologique diminuer à 17 mois postpartum.

Enfin, il se peut que certaines de nos mesures aient été prises trop tôt dans la vie de l'enfant, ce qui pourrait expliquer pourquoi des différences entre les groupes ne sont pas soulevées concernant certaines variables, notamment sur les plan de l'interaction parent-enfant dysfonctionnelle ou du contact avec la DPJ. En effet, le fait que l'étude longitudinale prenne fin à 17 mois postpartum ne permet pas d'évaluer l'évolution dans le temps des résultats, notamment à mesure que l'enfant vieillit et entre dans la période du trotteur et de l'âge préscolaire. Nous sommes d'avis qu'un devis longitudinal de plus longue durée aurait permis d'évaluer si la prévalence des conditions associées à l'APPM change au fur et à mesure que les besoins de l'enfant évoluent.

5.4. Implications du projet de recherche

Les implications du projet de recherche sont nombreuses, tant sur le plan de la recherche que sur le plan clinique de la pratique en travail social. Elles seront présentées sous ces deux angles dans les sections qui suivent.

5.4.1. Implications au plan de la recherche

Les types d'expérience de maltraitance issus de nos résultats et leurs associations qui diffèrent selon les conditions liées à l'APPM justifient l'importance, tout comme le met de l'avant la théorie axée sur le traumatisme, d'étudier de manière exhaustive l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance par les mères adolescentes et les caractéristiques idiosyncratiques de celle-ci, ce qui comprend l'ensemble de ses formes. Étudier ce concept comme un tout ne permet pas de saisir les conséquences associées aux particularités de l'expérience. Ainsi, l'identification de types distincts d'expériences de maltraitance par le biais de regroupements pourrait-elle, dans un contexte de recherche utilisant une méthodologie permettant d'en faire autant, mener à une caractérisation un peu plus englobante des réalités individuelles des jeunes mères? La question se pose, sans compter que cette forme de recherche, visant à comprendre une problématique en identifiant des tendances et des types, sans pour autant standardiser la pratique ou stéréotyper les personnes, serait toute indiquée dans un contexte de coupes budgétaires et d'austérité (Noll, 2008). En effet, elle permettrait une utilisation optimale des ressources en orientant l'évaluation des trajectoires des mères de manière efficace en tenant compte des éléments les plus pertinents (Noll, 2008).

Par ailleurs, les résultats obtenus et la différence entre les analyses menées dans le cadre de ce projet et celles menées par Gendron et ses collègues (2014) renforcent la pertinence de mener des analyses secondaires de données. En effet, en étudiant d'autres variables précises provenant du vaste lot de données disponibles, différents constats pertinents ont pu être mis de l'avant dans le but de mieux comprendre la réalité, les difficultés, mais également les forces des mères adolescentes ayant pris part à l'étude. Dans un contexte de recherche où les ressources et opportunités sont limitées, ceci met de l'avant l'importance d'exploiter sous différents angles les données dont nous disposons déjà. Ceci permet de rentabiliser les ressources (c'est-à-dire, fonds publics, ressources universitaires, temps accordés par les participants à l'étude, etc.) qui avaient déjà été utilisées dans le cadre du projet principal. L'analyse secondaire de données permet également de mettre en lien différentes études portant sur une même population, ainsi que leurs constats respectifs, pour ainsi développer et approfondir nos connaissances. Par exemple, tant notre étude que celle de

Gendron et ses collègues suggèrent que les mères adolescentes qui présentent un cumul plus important de difficultés seraient celles qui reçoivent le moins de services psychosociaux PSJP, lorsque comparées aux autres répondantes. Ainsi, il apparaît important d'explorer cet aspect de manière plus approfondie et de tenter de comprendre les mécanismes pouvant l'expliquer.

Ceci dit, l'analyse secondaire de données implique certains défis pour le chercheur, notamment au niveau du contexte et des choix théoriques, ainsi que du choix des variables et des instruments de mesure utilisés. Ainsi, il importe de souligner l'importance pour le chercheur de s'approprier pleinement les données dont il dispose en étant informé du contexte et des résultats de l'étude dans laquelle il s'inscrit et de faire des choix théoriques et méthodologiques conséquents avec ses propres objectifs de recherche, tout en respectant les contraintes préalablement soulevées par les chercheurs de l'étude principale.

Enfin, au terme de cette thèse, il apparaît pertinent d'explorer davantage l'utilisation de cadres d'analyse ayant été développés dans un contexte clinique, comme c'est le cas de la Théorie axée sur le traumatisme tel que présentée par Fraiberg, Adelson et Shapiro (1975), et de les utiliser dans un contexte empirique. En effet, dans l'ensemble, nos résultats présentent des correspondances intéressantes avec les repères mis de l'avant par notre cadre d'analyse. Ces repères permettent de donner un sens clinique à nos résultats ce qui ne peut que contribuer à leurs apport et portée dans notre domaine. De plus, nos résultats permettent de préciser les propos mis de l'avant par Fraiberg, Adelson et Shapiro. En effet, les auteurs font référence à la maltraitance subie par la mère au sens large du thème. Or, nos résultats permettent de distinguer les types d'expérience de maltraitance et de mettre de l'avant des hypothèses relativement aux expériences pouvant être associées à des difficultés en particulier. Ainsi, comme le suggérait Popper (1963), le transfert de connaissances tacites vers les milieux de la recherche, visant une théorisation de repères cliniques s'étant montrés efficaces et fondés, semble tout indiqué.

5.4.2. Implications au plan clinique de la pratique en travail social

Au terme de ce projet de recherche, deux principales implications au plan de la pratique clinique en travail social peuvent être soulevées, soit (a) l'intervention et l'évaluation, ainsi que (b) l'approche clinique et les enjeux organisationnels.

5.4.2.1. Intervention et évaluation

Les différences entre les types d'expérience de maltraitance des mères montrent des réalités distinctes et suggèrent des besoins d'intervention différents. En effet, une intervention qui (a) ne porte pas attention à l'expérience de maltraitance et ses particularités et (b) ne distingue pas les conséquences potentielles en fonction des caractéristiques de celle-ci ne peut être favorable à l'atteinte des objectifs. Or, au Québec, dans la première version du cadre des services SIPPE offerts aux jeunes parents, les besoins détectés grâce à la grille d'évaluation qu'il est suggéré d'utiliser lors de la première rencontre avec la jeune mère couvrent ses habitudes de vie, sa santé pendant la grossesse, les habiletés et comportements parentaux, les conditions de vie de la famille et le réseau de soutien dont elle dispose (MSSS, 2004), mais elle ne fait pas référence à ses expériences de maltraitance subie dans l'enfance. Comment une intervention qui porte sur la parentalité peut-elle être optimale sans tenir compte, de manière exhaustive et spécifique, du vécu du parent qui, en réalité, devrait être au cœur de l'intervention? Ceci implique un regard approfondi et théoriquement éclairé sur la réalité du parent et sur son vécu, dans le but d'identifier des objectifs d'intervention optimaux pour lui et son enfant. En cours de rédaction de cette thèse, la version mise à jour du Cadre de référence des SIPPE a été publiée (MSSS, 2016). Dans cette nouvelle version, il est suggéré de détecter les expériences antérieures d'adversité. Or, il est également indiqué que les mères ayant subies des expériences de maltraitance dans leur enfance doivent être exclues des SIPPE et redirigées vers un programme destiné aux jeunes en difficultés ou vers des initiatives communautaires non-spécifiées (MSSS, 2016). Ainsi, ce nouveau Cadre de référence nous apparaît encore plus inquiétant que celui paru en 2004.

Dans une optique de prévention de l'APPM, nos résultats suggèrent que la mise en place d'un plan d'intervention qui viserait à soutenir les mères dans l'ensemble de leurs difficultés (personnelles et parentales) et une intervention visant à réduire les symptômes dépressifs et de détresses psychologique et parentale devrait être envisagée. Ceci devrait être fait dans le but de minimiser les effets des problèmes de santé mentale sur le fonctionnement des mères tout en les soutenant dans l'exercice de leur parentalité. Ceci est d'autant plus pertinent lorsque l'on observe l'ampleur des atteintes à la santé mentale des mères faisant partie de notre échantillon. En effet, nonobstant l'appartenance aux groupes générés par l'analyse de partitionnement des données, les moyennes des résultats obtenus à l'*Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg* (Cox, Holden et Sagovsky, 1987) et à la *Mesure de manifestations de la détresse psychologique* (Massé *et al.*, 1998) par une proportion non négligeables de mères excèdent les points de césure. Ainsi, cette approche pourrait contribuer à répondre aux besoins émergents des mères, les rendant ensuite plus disposées à participer activement à une intervention axée sur le développement des habiletés parentales. Ceci est d'autant plus important lorsqu'il est question de santé mentale, puisque les symptômes de dépression chez les jeunes mères peuvent s'aggraver s'ils ne sont pas traités, dû à leur interaction avec plusieurs autres facteurs de risque. Ils peuvent devenir chroniques, persistants et se cristalliser ce qui rend les mères de moins en moins disposées à prendre part et à bénéficier d'une intervention. Une intervention précoce en période prénatale axée sur la prévention et le traitement de la dépression postpartum, si elle est structurée (c'est-à-dire, rencontres fixes et intensives) et formalisée (c'est-à-dire, objectifs clairs et ancrés), réduirait significativement le risque que court la mère adolescente de souffrir d'une dépression postpartum (Phipps *et al.*, 2013; Zlotnick *et al.*, 2006). En ce sens, non seulement la détection des problèmes de santé mentale devrait se faire auprès des mères adolescentes mais elle devrait aussi avoir lieu pendant la grossesse de la mère, dès le début de son suivi. De plus, l'évaluation de la mère devrait être subséquente et se réaliser régulièrement tout au long des premières années de vie de l'enfant. Dans cet esprit, le souci actuel du gouvernement du Québec de rendre les services de psychothérapie accessibles à toute la population avec la couverture de l'assurance-maladie (INESSS, 2015) serait un pas dans la bonne direction, si un intérêt à développer des services particuliers de psychothérapie pour les jeunes mères était à l'agenda.

Les procédures de détection précoce seraient de plus en plus utilisées dans le domaine psychosocial et de la santé, particulièrement concernant la santé mentale (Foy, 2010). Elles permettent de soutenir et d'aider les personnes en amont de leurs difficultés plutôt que de traiter ces dernières. Cependant, ces procédures tarderaient à être formellement établies dans les programmes d'intervention s'adressant aux mères adolescentes et à leurs enfants (Foy, 2010). Les procédures mises en place seraient aléatoires et s'inscriraient dans des programmes d'intervention qui ont comme objectif principal l'amélioration des habiletés parentales (Hodgkinson *et al.*, 2014). D'autres études abondent également dans le même sens (Husky, Miller, McGuire, Flynn et Olfson, 2011; Stevens, Kellher et Gardner, 2008; Zuckerbrot, Maxon, Pagar, Davies, Fisher et Shaffer, 2007, tels que cités dans Hodgkinson *et al.*, 2014).

Ainsi, des auteurs suggèrent que des évaluations périodiques de la santé mentale des mères adolescentes devraient être réalisées systématiquement, à l'aide d'échelles standardisées, par les pédiatres lors des rendez-vous de routine pour les bébés (Chaudron, Szilagyi, Kitzman, Wadkins et Conwell, 2004; Foy, 2010; Liberto, 2012). Ces auteurs se basaient sur l'âge des mères adolescentes pour affirmer qu'elles se doivent d'être évaluées d'emblée au plan de leur santé psychosociale par les professionnels de la santé qu'elles consultent, même si cette consultation vise leur enfant, considérant que le bien-être de l'enfant dépend de celui de la mère. Ceci serait effectué dans le but de prévenir la cristallisation des difficultés de la mère et leurs conséquences potentielles sur elle et son enfant. Cette recommandation pourrait être transposée à la réalité québécoise en invitant les médecins de familles qui assurent généralement les suivis postnataux à adopter cette approche. Pour les mères n'ayant pas accès à un médecin de famille, les CISSS qui offrent des programmes de soutien pilotés par des infirmières, devraient également être adaptés en ce sens (Lanzi, Carothers Bert et Jacobs, 2009), notamment les SIPPE. Pour les mères n'étant pas nécessairement impliquées dans le programme SIPPE, il est même possible de croire que cette recommandation pourrait s'appliquer aux infirmières qui vaccinent les bébés et qui ont un accès privilégié à ces familles de manière régulière et à des moments clés de la vie de l'enfant. Le travail multidisciplinaire central à l'offre de services en CISSS est favorable à ce genre de pratique car, au besoin, un transfert personnalisé peut se faire de l'infirmière à la travailleuse sociale du programme SIPPE qui pourra prendre le relais.

Nos constats de recherche mettent l'accent sur la pertinence d'élargir ce type d'évaluation, de dépasser le spectre de la santé mentale et de détecter la présence d'une expérience de maltraitance subie dans l'enfance. Ainsi, des instruments de mesure validés comme ceux utilisés dans le cadre de notre étude, comme le CTQ (Bernstein et Fink, 1998), *l'Indice de stress parental* (Abidin, 1995) ou *l'Échelle de dépression post-partum d'Edinburg* (Cox, Holden et Sagovsky, 1987), pourraient être tout indiqués pour ce type de détection en milieux cliniques. Ils sont fiables, peu confrontant, faciles à comprendre et à interpréter et la passation est rapide.

Par ailleurs, nos résultats suggèrent que les mères appartenant au premier groupe présentent significativement moins de difficultés que les mères appartenant aux deux autres groupes mais qu'elles souhaiteraient tout de même recevoir plus de services de la part de leurs intervenants SIPPE. Il importe donc de maintenir une offre de services à ces mères qui désirent en bénéficier, même si elles n'ont pas autant de difficultés que leurs pairs. Dans le contexte actuel de coupes budgétaires, dans lequel les intervenants sont débordés et les ressources limitées (Gendron *et al.*, 2014), il est toutefois possible de se questionner sur une telle faisabilité et le risque engendré. Ceci dit, il n'apparaît pas non plus approprié de s'attendre à ce qu'une mère adolescente soit en mesure, quelques mois après la naissance de son enfant, de déjà énumérer ses difficultés et demander l'aide nécessaire. Il s'avère donc nécessaire de procéder à des évaluations régulières des jeunes mères prestataires de services, dans le but de saisir leur évolution à travers leur trajectoire à plus long terme et d'offrir des services adaptés à leur réalité changeante. La théorie axée sur le traumatisme met d'ailleurs en lumière les nombreux défis qu'une mère ayant été victime de maltraitance dans son enfance peut rencontrer dans le cadre de l'exercice de sa parentalité et, encore plus, dans le cadre d'une intervention axée sur celle-ci, notamment au plan de l'expression de ses difficultés. Il devient donc encore plus nécessaire pour un intervenant d'être à l'écoute des besoins de la mère, ce qui passe d'abord et avant tout par un rythme d'intervention régulier.

Or, leurs réalités étant différentes les unes des autres, les mères adolescentes requièrent une intervention des plus spécialisées et personnalisées qui saura répondre à la spécificité de

leurs besoins tout en respectant leur rythme d'adaptation et d'intégration. L'état dans lequel elles se trouvent au moment où l'intervention débute, notamment au plan personnel, se doit d'être pris en considération, dans le but d'aider ces jeunes mères à composer avec les difficultés engendrées par leur vécu de maltraitance et de cerner les conséquences qu'elles peuvent avoir sur leurs vies et sur la relation qu'elles entretiennent avec leur enfant. L'intervention devient alors une occasion de faire valoir les forces de la mère plutôt que d'être mises en échec en tentant d'atteindre des objectifs d'intervention qui pourraient sembler ou qu'elle pourrait percevoir comme étant hors de portée. Ceci permet, ainsi, de maximiser l'accessibilité à l'intervention et de la rendre attrayante pour les mères adolescentes.

À cet effet, nos résultats suggèrent qu'une plus grande cooccurrence d'expériences de maltraitance ne signifie pas nécessairement que les mères présenteront plus de difficultés sur tous les plans. Ce ne sont pas les mères appartenant au troisième groupe (cooccurrence de toutes les formes de maltraitance) qui présentent le plus de détresse psychologique et parentale à 17 mois postpartum, mais bien les mères du deuxième groupe qui ont principalement subi de l'abus sexuel et de la négligence émotionnelle. Ainsi, dans le cadre de l'intervention, il pourrait être possible de croire à la pertinence de porter une attention particulière à l'expérience d'abus sexuel et d'adapter l'intervention aux enjeux précis découlant de cette forme de victimisation. De plus, les mères appartenant au deuxième groupe sont celles qui perçoivent avoir reçu le plus de services PSJP au cours des trois derniers mois, mais leurs détresses psychologique et parentale sont tout de même plus importantes que chez les mères des autres groupes. Ceci suggère que l'intervention ne parvient pas toujours à cibler les pistes pouvant contribuer au maintien de la santé psychologique des mères près d'un an et demi après la naissance de l'enfant. Or, la littérature suggère que les personnes ayant subi un abus sexuel sont grandement à risque de développer un ESPT (Hébert et Cyr, 2013; Leplatte *et al.*, 2012). Il serait donc possible de croire que les niveaux élevés de détresse que vivent ces mères pourraient être en lien avec cette réalité. D'ailleurs, considérant que les services de santé mentale seraient difficilement accessibles aux populations plus vulnérables, notamment au plan socioéconomique, comme c'est le cas des mères adolescentes, (Hodgkinson *et al.*, 2014) les services en lien avec la parentalité qui leur sont offerts deviennent un vecteur essentiel

voire, peut-être, le seul, pour la prise en charge de leur santé mentale. Or, ces services ne prévoient pas la dispensation de tels soins spécialisés pour les mères (MSSS, 2004).

5.4.2.2. Approche clinique et enjeux organisationnels

La littérature suggère qu'un des principaux facteurs de risque associé à la transmission intergénérationnelle de la maltraitance serait la difficulté à s'exprimer quant à la maltraitance subie dans l'enfance et à la souffrance qu'elle continue d'engendrer. (De Becker, Chapelle et Verheyen, 2014 : 212). De plus, le déni et l'évitement manifestés par les personnes éprouvées peuvent les amener à garder le silence sur les expériences les ayant plongé dans cet état (Carlson et Dalenberg, 2000). Or, ce silence pourrait avoir une incidence sur le risque d'APPM. C'est pourquoi l'intervention offerte à ces personnes ne devrait pas renforcer ce mécanisme de suppression de l'expérience de maltraitance en ne l'abordant pas et en faisant fi de ses conséquences persistantes en les associant simplement à leur parentalité (Lieberman, 2014). À défaut d'avoir eu accès à un espace de discussion et d'échange au moment où la maltraitance survenait, l'espace créé dans le cadre de l'intervention devrait être utilisé pour pallier à ce manquement et, ainsi, commencer le processus de résolution des difficultés (Fraiberg *et al.*, 1975; Lieberman, 2014).

Les intervenants sociaux qui ne sont pas spécialisés en maltraitance seraient difficilement aptes à détecter l'expérience de maltraitance chez leurs clientèles ainsi que les conséquences persistantes. Spécialement lorsqu'il est question d'abus sexuel, même lorsque leurs clients dévoilent leur expérience, les intervenants auraient de la difficulté à saisir l'ampleur des symptômes qui y sont associés (Rainelli, Orliaguet et Villars, 2012). Ceci met, encore, de l'avant l'importance de rendre disponible aux intervenants des outils de détection validés pouvant être utilisés dans le cadre d'une intervention (Békaert, Masclet et Caron, 2011), ainsi que de la formation continue en soutien à l'intervention clinique des professionnelles qui ne sont pas spécialisées en maltraitance et en résolution des difficultés qui en découlent. Les milieux de pratique devront également revoir leurs politiques internes dans

le but de structurer l'intervention à mettre en place de manière à ce que celle-ci demeure conforme aux exigences de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* (adoptée en 2009) qui rend la psychothérapie un acte réservé. Ceci dit, il n'est pas question, ici, que les travailleurs sociaux œuvrant dans les SIPPE deviennent des spécialistes de l'intervention thérapeutique axée sur la résolution du traumatisme. Cependant, il serait souhaitable que, minimalement, les intervenants, qui arrivent à créer une relation privilégiée avec ces jeunes mères (Gendron *et al.*, 2014), puissent, de manière formelle, détecter les expériences de maltraitance subie dans l'enfance, en discuter et évaluer les conséquences qui en découlent, développer leurs compétences d'accompagnement en contexte de traumatisme et, dans les cas les plus sérieux, la pertinence de référer vers un service spécialisé.

Enfin, comme le disent Fraiberg, Adelson et Shapiro (1975) dans leur ouvrage cité pour le cadre d'analyse de cette thèse :

« These parents may not come to us for professional guidance. Ghosts who have established their residence privileges for three or more generations may not, in fact, be identified as representatives of the parental past. There may be no readiness on the part of the parents to form an alliance with us to protect the baby. More likely we, and not the ghosts, will appear as the intruders. » (p. 388)

Cette citation souligne le rôle qu'occupe l'intervenant dans la relation d'aide avec la mère ayant vécu une expérience de maltraitance dans l'enfance. Fraiberg et ses collègues suggèrent que la mère pourrait montrer une résistance à se livrer et à dévoiler son expérience. Elle peut avoir développé une aisance à faire fi de sa souffrance et des difficultés qui découlent de son expérience et qui continuent de lui nuire. L'intervenant devient, alors, l'intrus qui tente de pénétrer le bagage émotionnel de la mère sans y avoir été invité (Fraiberg, Adelson et Shapiro, 1975). Ceci met l'accent sur l'importance d'entrer en relation de manière graduelle avec la mère. Il ne faudrait jamais aborder la question de l'expérience de maltraitance de manière aussi systématique et détachée comme cela peut être le cas pour des questions d'ordre technique. Il s'agit là d'un vécu susceptible de faire souffrir la personne qui

se dévoile et l'intervenant doit, d'une part, favoriser l'échange mais également être apte professionnellement à recevoir la personne dans sa souffrance si celle-ci convient d'en parler. En ce sens, des auteurs ayant repris les travaux de Fraiberg et ses collègues suggèrent que chaque mère étant prisonnière d'un « fantôme » qui la hante dans la pouponnière a également des « anges » susceptibles de l'aider à combattre ces fantômes. L'intervenant est alors invité à soutenir la mère dans sa quête aux « anges » qui, en réalité, représentent ses forces et sa résilience, et dans la mise en valeur de ces derniers (Lieberman *et al.*, 2005; Osofsky, 2005). C'est ainsi que l'intervenant pourra créer une réelle alliance avec la mère et qu'il pourra la soutenir dans son cheminement, d'abord personnel et ensuite parental, et tendre vers une prévention efficace de l'APPM.

Conclusion

Les mères adolescentes sont considérées, dans la littérature scientifique, comme étant à risque d'APPM envers leur enfant. Considérant la prévalence élevée d'expériences de maltraitance subie dans l'enfance par ces mères, il est alors question de transmission intergénérationnelle de la maltraitance. Le cadre d'analyse utilisé pour cette thèse, qui s'inscrit dans la théorie axée sur le traumatisme, met de l'avant des repères suggérant l'importance d'aborder la diversité de l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance de la mère pour mieux saisir le risque associé à l'APPM.

Plusieurs constats ont été soulevés, suggérant différents types d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance chez les mères adolescentes et que les conséquences qui y sont associées et qui mettent les mères à risque d'APPM envers leur enfant se distinguent selon ces types. Ainsi, il semble que les expériences caractérisées par une cooccurrence de deux formes de maltraitance et plus soient celles qui seraient le plus souvent associées aux différentes conditions reconnues comme pouvant mener à l'APPM chez les mères adolescentes. Or, selon les dimensions à l'étude, les distinctions entre les types d'expérience de maltraitance subie dans l'enfance se précisent et il semble que ce ne serait pas toujours les mères ayant vécu un cumul de plusieurs formes de maltraitance qui vivraient le plus de difficultés, notamment sur le plan de la parentalité.

Au terme de cette thèse, il est possible de constater la pertinence d'aborder l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance des mères adolescentes de manière à en comprendre la diversité et non seulement de manière dichotomique c'est-à-dire, se limiter à comparer des mères adolescentes ayant subi toutes formes de maltraitance confondues avec des paires n'en ayant pas vécu. Il apparaît donc nécessaire de mieux comprendre ce qui caractérise les expériences de maltraitance des jeunes mères. En effet, les conséquences potentielles des expériences de maltraitance et les conditions associées à l'APPM avec lesquelles elles sont liées se distinguent selon la nature de cette expérience. Dans une optique

de prévention de l'APPM, ceci suggère la pertinence d'étudier la problématique de la maltraitance chez les mères adolescentes non pas seulement en fonction du risque de perpétration mais également en fonction de la typologie particulière de maltraitance qu'elles ont elles-mêmes subie.

Ces constats s'appliquent tant pour la recherche que pour l'intervention clinique qui vise la prévention de l'APPM chez les mères adolescentes, c'est pourquoi nous proposons l'idée d'instaurer des mécanismes de détection de l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance dans le cadre des programmes d'intervention destinés aux jeunes mères, ce qui n'est pas le cas actuellement au Québec. En effet, il semble que les programmes d'intervention publics destinés aux jeunes parents québécois visent davantage l'apprentissage des habiletés parentales que la résolution des difficultés personnelles. Ceci dit, à la lumière de nos résultats, il est possible de constater que l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance est associée à diverses conditions personnelles et sociales qui ont le potentiel de nuire à l'habileté de la mère d'occuper pleinement et adéquatement son rôle auprès de son enfant. Se pose alors la question : pourquoi travailler sur des objectifs d'intervention possiblement difficiles à atteindre pour certaines mères adolescentes cumulant de nombreuses expériences antérieures d'adversité et toujours aux prises avec les conséquences de celles-ci? Est-ce que ceci ne contribuerait pas à son désintéressement face aux programmes d'accompagnement ou, pire, à sa mise en échec?

Ainsi, dans cette même lignée, il pourrait être pertinent de mener une recherche qui permettrait une collecte de données subséquente visant l'analyse de l'évolution des mères ayant participé à l'étude. Ceci serait particulièrement pertinent pour celles qui présentent davantage de conditions associées à l'APPM. Cette étude permettrait de déterminer si le risque d'APPM qu'elles présentent dans les premiers mois qui suivent la naissance de leur enfant est fondé, tout en considérant différentes variables modératrices pouvant influencer leurs trajectoires de vie future. Or, cette étude subséquente serait d'autant plus pertinente à mener si elle s'inscrivait à l'intérieur d'un projet pilote instauré dans le cadre des services d'intervention publics destinés aux jeunes mères qui viserait la détection des expériences de

maltraitance subie dans l'enfance et la résolution des difficultés qui y sont associées en parallèle au renforcement des habiletés parentales.

Bibliographie

- Abidin, R.R. (1995). *Parenting Stress Index, Third Edition*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- ACJQ – Association des centres jeunesse du Québec. (2015). *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse directeurs provinciaux 2011*. Montréal : Association des centres jeunesse du Québec.
- Adams, D., & Kocik, S. (1997). Perinatal Social Work with Childbearing Adolescents. *Social Work Health Care*, 24(3), 85-97. doi:10.1300/j010v24n03_07
- Afifi, T. (2007). Child Abuse and Adolescent Parenting. *Journal Of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 14(3), 89-105. doi:10.1300/j146v14n03_06
- Alisic, E., Jongmans, M., van Wesel, F., & Kleber, R. (2011). Building child trauma theory from longitudinal studies: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(5), 736-747. doi:10.1016/j.cpr.2011.03.001
- APA – American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- APA – American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Aparicio, E., Pecukonis, E., & O'Neale, S. (2015). “The love that I was missing”: Exploring the lived experience of motherhood among teen mothers in foster care. *Children And Youth Services Review*, 51, 44-54. doi:10.1016/j.childyouth.2015.02.002
- Apfel, N., & Seitz, V. (1991). Four Models of Adolescent Mother-Grandmother Relationships in Black Inner-City Families. *Family Relations*, 40(4), 421-429. doi:10.2307/584899
- Asselmann, E., Wittchen, H., Lieb, R., Höfler, M., & Beesdo-Baum, K. (2015). The role of behavioral inhibition and parenting for an unfavorable emotional trauma response and PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 131(4), 279-289. doi:10.1111/acps.12316

- Baginski, B.A. (2009). Prevention of depression in postpartum adolescents. *Journal of Nursing Student Research*, 2(1), 10-14. doi:10.1136/bmj.331.7507.0-a
- Bailey, H., DeOliveira, C., Wolfe, V., Evans, E., & Hartwick, C. (2012). The impact of childhood maltreatment history on parenting: A comparison of maltreatment types and assessment methods. *Child Abuse & Neglect*, 36(3), 236-246. doi:10.1016/j.chiabu.2011.11.005
- Bailey, H., Moran, G., & Pederson, D. (2007). Childhood maltreatment, complex trauma symptoms, and unresolved attachment in an at-risk sample of adolescent mothers. *Attachment & Human Development*, 9(2), 139-161. doi:10.1080/14616730701349721
- Banyard, V. (1997). The impact of childhood sexual abuse and family functioning on four dimensions of women's later parenting. *Child Abuse & Neglect*, 21(11), 1095-1107. doi:10.1016/s0145-2134(97)00068-9
- Banyard, V., Williams, L., & Siegel, J. (2003). The Impact of Complex Trauma and Depression on Parenting: An Exploration of Mediating Risk and Protective Factors. *Child Maltreatment*, 8(4), 334-349. doi:10.1177/1077559503257106
- Baril, K., & Tourigny, M. (2015). Le cycle intergénérationnel de la victimisation sexuelle dans l'enfance: modèle explicatif basé sur la théorie du trauma. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, (1), 28-63. Repéré à <http://www.cairn.info/revue-carnet-de-notes-sur-les-maltraitances-infantiles-2015-1-page-28.htm>
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd Ed.) (p. 19-20). New York, NY: The Guilford Press.
- Beck, C. T., & Gable, R. K. (2001). Comparative analysis of the performance of the postpartum depression screening scale with two other depression instruments. *Nursing Research*, 50, 242-250. doi:10.1097/00006199-200107000-00008
- Békaert, J., Masclet, G., & Caron, R. (2011). Les instruments de mesure de la résilience chez les adolescents ayant été confrontés à un traumatisme: une revue de la littérature, *Annales Médico-psychologiques revue psychiatrique*, 169(8), 510-516. doi:10.1016/j.amp.2010.10.007
- Berlin, L., Appleyard, K., & Dodge, K. (2011). Intergenerational Continuity in Child Maltreatment: Mediating Mechanisms and Implications for Prevention. *Child Development*, 82(1), 162-176. doi:10.1111/j.1467-8624.2010.01547.x

- Bernstein, D., Ahluvalia, T., Pogge, D., & Handelsman, L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an Adolescent Psychiatric Population. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(3), 340-348. doi:10.1097/00004583-199703000-00012
- Bernstein, D.P., & Fink, L. (1998). *Childhood trauma questionnaire. A retrospective self-report. Manual*. San Antonio : The Psychological Corporation. Harcourt & Brace Company.
- Bert, S., Guner, B., & Lanzi, R. (2009). The Influence of Maternal History of Abuse on Parenting Knowledge and Behavior. *Family Relations*, 58(2), 176-187. doi:10.1111/j.1741-3729.2008.00545.x
- Berthelot, N., Ensink, K., Bernazzani, O., Normandin, L., Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: The role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, 36(2), 200-212. doi:10.1002/imhj.21499
- Berthelot, N., Ensink, K. & Drouin-Maziade, C. (2016). Les défis de la parentalité chez les victimes de maltraitance en enfance. Dans C. Giraudeau (Dir.), *Éléments pour une psychologie de la maltraitements (chap. 2)*. Paris : Editions Publibook Université (Psychologie et vie Quotidienne).
- Berthelot, N., Ensink, K., & Normandin, L. (2013). Échecs de mentalisation du trauma. *Carnet de notes sur les maltraitements infantiles*, 131(1), 9-15. Repéré à http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=CNMI_131_0009
- Berthelot, N., Ensink, K., & Normandin, L. (2014). Mentalisation efficace du trauma. *Carnet de notes sur les maltraitements infantiles*, 131(2), 6-20. Repéré à <http://www.cairn.info/revue-carnet-de-notes-sur-les-maltraitements-infantiles-2014-1-page-6.htm>
- Birkeland, R., Thompson, J., & Phares, V. (2005). Adolescent Motherhood and Postpartum Depression. *Journal Of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(2), 292-300. doi:10.1207/s15374424jccp3402_8
- Black, M., Papas, M., Hussey, J., Dubowitz, H., Kotch, J., & Starr, R. (2002). Behavior Problems Among Preschool Children Born to Adolescent Mothers: Effects of Maternal Depression and Perceptions of Partner Relationships. *Journal Of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(1), 16-26. doi:10.1207/s15374424jccp3101_04

- Blais, J. (2005). La Grossesse à l'adolescence: Un problème qui persiste. *Ça s'exprime*, 2, 1-8.
- Boislard, M., & Poulin, F. (2015). Limites des données autorapportées sur les comportements sexuels des adolescents. *Sexologies*, 24(1), 25-28. doi:10.1016/j.sexol.2014.06.001
- Borkowski, J.G., Whitman, T.L., & Farris, J.R. (2007). Adolescent mothers and their children: Risks, resilience, and development. Dans J.G. Borkowski, J.R. Farris, T.L. Whitman, S.S. Carothers, K. Weed et D.A. Keogh (dir.) *Risk and resilience: Adolescent mothers and their children grow up* (p. 1-34). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Bosma, H.A. (2006). Introduction à la psychopathologie développementale. *L'orientation scolaire et professionnelle*, (35/2), 251-268. doi : 10.4000/osp.1097
- Bouchard, C. (1983). L'intervention psychosociale et la violence envers les enfants : une réflexion critique sur la pratique québécoise. *Santé Mentale Au Québec*, 8(2), 140-146. doi:10.7202/030194ar
- Brophy-Herb, H. E., & Honig, A. S. (1999). Reflectivity: Key ingredient in positive adolescent parenting. *Journal of Primary Prevention*, 19(3), 241-250. doi:10.1023/A:1022652011620
- Brown, M. (1986a). Marital Support During Pregnancy. *Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 15(6), 475-483. doi:10.1111/j.1552-6909.1986.tb01427.x
- Brown, M. (1986b). Social Support During Pregnancy. *Nursing Research*, 35(1), 4-9. doi:10.1097/00006199-198601000-00002
- Brooks-Gunn, J., & Chase-Landsdale, P. (1995). Adolescent parenthood. In M. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting status and social conditions of parenting* (Vol. 3, pp. 113-149). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Bydlowski, S. (2015). Les troubles psychiques du post-partum : dépistage et prévention après la naissance : recommandations. *Journal De Gynécologie Obstétrique Et Biologie De La Reproduction*, 44(10), 1152-1156. doi:10.1016/j.jgyn.2015.09.016
- Carlson, E., & Dalenberg, C. (2000). A Conceptual Framework for the Impact of Traumatic Experiences. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1(1), 4-28. doi:10.1177/1524838000001001002
- Caruth, C. (1996). *Unclaimed experience*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- Center for Nonviolence and Social Justice. (2014). What is Trauma? Consulté 24 July 2016, à l'adresse <http://www.nonviolenceandsocialjustice.org/FAQs/What-is-Trauma/41/>
- Chamberland, C. & Durning, P. (2009). La violence et la maltraitance envers les enfants : un enjeu social et scientifique. *Oss*, 8(1), 5-11. doi:10.3406/oss.2009.1309
- Chaudron, L., Szilagyi, P., Kitzman, H., Wadkins, H., & Conwell, Y. (2004). Detection of Postpartum Depressive Symptoms by Screening at Well-Child Visits. *PEDIATRICS*, 113(3), 551-558. doi:10.1542/peds.113.3.551
- Cicchetti, D. & Toth, S. (1995). A Developmental Psychopathology Perspective on Child Abuse and Neglect. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(5), 541-565. doi:10.1097/00004583-199505000-00008
- Cicchetti, D. & Rogosch, F. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Develop. Psychopathol.*, 9(04). doi:10.1017/s0954579497001442
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2008). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and parents. *Child and Adolescent Mental Health*, 13(4), 158-162. doi:10.1111/j.1475-3588.2008.00502.x
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liautaud, J., Mallah, K., Olafson, E., & van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35, 390-398. Repéré à <http://www.harriscountytexas.gov/CmpDocuments/86/Annual%20Reports/Complex%20Trauma%20in%20Children%20and%20Adolescents.pdf>
- Cox, J., Holden, J., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal Of Psychiatry*, 150(6), 782-786. doi:10.1192/bjp.150.6.782
- Cox, J., Buman, M., Valenzuela, J., Joseph, N., Mitchell, A., & Woods, E. (2008). Depression, Parenting Attributes, and Social Support among Adolescent Mothers Attending a Teen Tot Program. *Journal Of Pediatric And Adolescent Gynecology*, 21(5), 275-281. doi:10.1016/j.jpjg.2008.02.002
- Crouch, J., Milner, J., & Thomsen, C. (2001). Childhood physical abuse, early social support, and risk for maltreatment: current social support as a mediator of risk for child physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 25(1), 93-107. doi:10.1016/s0145-2134(00)00230-1

- Davies, S., DiClemente, R., Wingood, G., Harrington, K., Crosby, R., & Sionean, C. (2003). Pregnancy Desire Among Disadvantaged African American Adolescent Females. *Am J Health Behav*, 27(1), 55-62. doi:10.5993/ajhb.27.1.6
- De Becker, E., Chapelle, S., & Verheyen, C. (2014). Facteurs de risque et de protection de la transmission intergénérationnelle de la maltraitance à l'égard des enfants. *Perspectives Psy*, 53(3), 211-224. doi:10.1051/ppsy/2014533211
- De Bellis, M., Keshavan, M., Shifflett, H., Iyengar, S., Beers, S., Hall, J., & Moritz, G. (2002). Brain structures in pediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder: a sociodemographically matched study. *Biological Psychiatry*, 52(11), 1066-1078. doi:10.1016/s0006-3223(02)01459-2
- Dennis, C. (2004). Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale?. *Journal Of Affective Disorders*, 78(2), 163-169. doi:10.1016/s0165-0327(02)00299-9
- Deslandes, R., Potvin, P. & Leclerc, D. (1997). Validation québécoise de l'Échelle de l'Autonomie de l'Adolescent. *Science et Comportement*, 27(3), 37-51.
- Dhayanandhan, B., Bohr, Y., & Connolly, J. (2015). Developmental Task Attainment and Child Abuse Potential in At-risk Adolescent Mothers. *Journal Of Child And Family Studies*, 24(7), 1987-1998. doi:10.1007/s10826-014-9998-0
- DiLillo, D., & Damashek, A. (2003). Parenting Characteristics of Women Reporting a History of Childhood Sexual Abuse. *Child Maltreatment*, 8(4), 319-333. doi:10.1177/1077559503257104
- Dixon, L., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2005). Risk factors of parents abused as children: a mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part I). *J Child Psychol & Psychiat*, 46(1), 47-57. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00339.x
- Dunst, C.J., Trivette, C., & Deal, A. (1988). *Enabling and empowering families: Principles and Guidelines for practice*. Cambridge, MA: Brookline Books.
- Dym Bartlett, J.D., & Easterbrooks, M. (2012). Links between physical abuse in childhood and child neglect among adolescent mothers. *Children And Youth Services Review*, 34(11), 2164-2169. doi:10.1016/j.childyouth.2012.07.011

- Dym Bartlett, J., Raskin, M., Kotake, C., Nearing, K., & Easterbrooks, M. (2014). An ecological analysis of infant neglect by adolescent mothers. *Child Abuse & Neglect*, 38(4), 723-734. doi:10.1016/j.chiabu.2013.11.011
- Easterbrooks, M., Chaudhuri, J., Bartlett, J., & Copeman, A. (2011). Resilience in parenting among young mothers: Family and ecological risks and opportunities. *Children And Youth Services Review*, 33(1), 42-50. doi:10.1016/j.chilyouth.2010.08.010
- Edwards, R., Thullen, M., Isarowong, N., Shiu, C., Henson, L., & Hans, S. (2012). Supportive relationships and the trajectory of depressive symptoms among young, African American mothers. *Journal Of Family Psychology*, 26(4), 585-594. doi:10.1037/a0029053
- Egeland, B. (2009). Taking stock: Childhood emotional maltreatment and developmental psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 22-26. doi:10.1016/j.chiabu.2008.12.004
- Emery, J., Paquette, D., & Bigras, M. (2008). Factors predicting attachment patterns in infants of adolescent mothers. *Journal Of Family Studies*, 14(1), 65-90. doi:10.5172/jfs.327.14.1.65
- Ensink, K., Berthelot, N., Bernazzani, O., Normandin, L., & Fonagy, P. (2014). Another step closer to measuring the ghosts in the nursery: Preliminary validation of the Trauma reflective functioning scale. *Frontiers in psychology*, 5, 1-12. doi: 10.3389/fpsyg.2014.01471
- Ensink, K., Normandin, L., Plamondon, A., Berthelot, N., & Fonagy, P. (2016). Intergenerational pathways from reflective functioning to infant attachment through parenting. *Canadian Journal Of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 48(1), 9-18. doi:10.1037/cbs0000030
- Éthier, L. S. (1992). Facteurs développementaux reliés au stress des mères maltraitantes. *Apprentissage et socialisation*, 15(3), 222-235.
- Éthier, L. S., Lacharité, C., & Couture, G. (1995). Childhood adversity, parental stress, and depression of negligent mothers. *Child Abuse & Neglect*, 19(5), 619-632. doi:10.1016/0145-2134(95)00020-9

- Éthier, L., Lemelin, J., & Lacharité, C. (2004). A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child Abuse & Neglect*, 28(12), 1265-1278. doi:10.1016/j.chiabu.2004.07.006
- Everitt, B. S., Landau, S., & Lesse, M. (2001). Cluster analysis. New York: Oxford University Press
- Fergusson, D., Boden, J., & Horwood, L. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 32(6), 607-619. doi:10.1016/j.chiabu.2006.12.018
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. Sage publications.
- Finkel, M. L. (1995). Focus on adolescent pregnancy and childbearing: a bit of history and implications for the 21st century. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 72(2), 500. pmcid:PMC2359443
- Flamand, H. (2000). La transmission intergénérationnelle des traumatismes. *Psychologie Québec*, 17(4), 26-28. Repéré à https://servicedereference.com/pdf/ArtDossier_Transmission_Sept00.pdf
- Forde, D., Baron, S., Scher, C., & Stein, M. (2011). Factor Structure and Reliability of the Childhood Trauma Questionnaire and Prevalence Estimates of Trauma for Male and Female Street Youth. *Journal Of Interpersonal Violence*, 27(2), 364-379. doi:10.1177/0886260511416461
- Foy, J.M. (2010). American Academy of Pediatrics Task Force on Mental Health: The case for routine mental health screening. *Pediatrics*, 125(3), 133-139. doi:10.1542/peds.2010-0788c
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *J Am Acad Child Psychiatry*, 14(3), 387-421. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)61442-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-7138(09)61442-4)
- Furstenberg, F. (1980). Burdens and Benefits: The Impact of Early Childbearing on the Family. *Journal Of Social Issues*, 36(1), 64-87. doi:10.1111/j.1540-4560.1980.tb01899.x

- Furstenberg, F.F. (2007). The history of teenage childbearing as a social problem. Dans F.F. Furstenberg (Dir.), *Destinies of the disadvantaged: The politics of teenage childbearing* (p. 1-23). New York, USA: Russell Sage Foundation.
- Gagné, M.-H., Richard, M.-C., & Dubé, C. (2015). Prévenir la maltraitance des enfants par le soutien au rôle parental. Différenciation du système Triple P par rapport aux autres programmes en usage au Québec. Québec : Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance, Université Laval.
- Gamache Martin, C., Van Ryzin, M., & Dishion, T. (2016). Profiles of childhood trauma: Betrayal, frequency, and psychological distress in late adolescence. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, And Policy*, 8(2), 206-213. doi:10.1037/tra0000095
- Garwood, S., Gerassi, L., Jonson-Reid, M., Plax, K., & Drake, B. (2015). More Than Poverty: The Effect of Child Abuse and Neglect on Teen Pregnancy Risk. *Journal Of Adolescent Health*, 57(2), 164-168. doi:10.1016/j.jadohealth.2015.05.004
- Gavin, A., Lindhorst, T., & Lohr, M. (2011). The Prevalence and Correlates of Depressive Symptoms Among Adolescent Mothers: Results from a 17-Year Longitudinal Study. *Women & Health*, 51(6), 525-545. doi:10.1080/03630242.2011.606355
- Geiger, J., & Schelbe, L. (2014). Stopping the Cycle of Child Abuse and Neglect: A Call to Action to Focus on Pregnant and Parenting Youth in and Aging Out of the Foster Care System. *Journal Of Public Child Welfare*, 8(1), 25-50. doi:10.1080/15548732.2013.824398
- Gendron, S., Dupuis, G., Moreau, J., Lachance-Fiola, J., & Dupuis, F. (2014). *Évaluation du programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Partie I. Évaluation de l'actualisation du PSJP : L'axe accompagnement des familles.* Rapport de recherche adressé au MSSS, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- Gibb, B., Schofield, C., & Coles, M. (2009). Reported History of Childhood Abuse and Young Adults' Information-Processing Biases for Facial Displays of Emotion. *Child Maltreatment*, 14(2), 148-156. doi:10.1177/1077559508326358

- Gjerdingen, D. & Yawn, B. (2007). Postpartum Depression Screening: Importance, Methods, Barriers, and Recommendations for Practice. *The Journal Of The American Board Of Family Medicine*, 20(3), 280-288. doi:10.3122/jabfm.2007.03.060171
- Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain—a review. *Journal of child psychology and psychiatry*, 41(01), 97-116.
- Goulet, C., Polomeno, V., Laizner, A., Marcil, I., & Lang, A. (2003). Translation and Validation of a French Version of Brown's Support Behaviors Inventory in Perinatal Health. *Western Journal Of Nursing Research*, 25(5), 561-582. doi:10.1177/0193945903254718
- Gouvernement du Québec. (n.d.). Grossesse à l'adolescence. Repéré à l'adresse http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sociaux/grossesseadolescence.php
- Gouvernement du Québec. (2015, mai). *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)*. Repéré à l'adresse <https://www.santemontreal.qc.ca/en/public/health-a-z/services-integres-en-perinatalite-et-pour-la-petite-enfance-sippe/>
- Greenberger, E., Josselson, R., Knerr, C., & Knerr, B. (1975). The measurement and structure of psychosocial maturity. *Journal of Youth and Adolescence*, 4(2), 127-143.
- Guédeney, N., Tereno, S., Tissier, J., Guédeney, A., Greacen, T., Saïas, T. (2012). Transmission du traumatisme. La question de l'attachement désorganisé: de la théorie à la pratique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60(5), 362-366. doi : 10.1016/j.neurenf.2012.03.003
- Haight, W., Finet, D., Bamba, S., & Helton, J. (2009). The beliefs of resilient African-American adolescent mothers transitioning from foster care to independent living: A case-based analysis. *Children And Youth Services Review*, 31(1), 53-62. doi:10.1016/j.childyouth.2008.05.009
- Hassan, G. & Paquette, D. (2004). Les comportements de contrôle des mères adolescentes: Recension critique de la documentation empirique. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 45(2), 141-164. doi:10.1037/h0086982
- Hayes, S.C. (1989) (Ed.). *Rule governed behavior*. New York : Plenum Press.
- Hazen, A., Connelly, C., Roesch, S., Hough, R., & Landsverk, J. (2008). Child Maltreatment Profiles and Adjustment Problems in High-Risk Adolescents. *Journal Of Interpersonal Violence*, 24(2), 361-378. doi:10.1177/0886260508316476

- Hébert, M., & Cyr, M. (2013). Symptômes des enfants d'âge scolaire qui consultent au Centre d'Expertise Marie-Vincent/Symptoms of school-aged children attending the Centre d'Expertise Marie-Vincent. *Écho de la Chaire* (Chaire de recherche interuniversitaire Marie-Vincent), 2.
- Hodgkinson, S., Beers, L., Southammakosane, C., & Lewin, A. (2014). Addressing the Mental Health Needs of Pregnant and Parenting Adolescents. *Pediatrics*, 133(1), 114-122. doi:10.1542/peds.2013-0927
- Holub, C., Kershaw, T., Ethier, K., Lewis, J., Milan, S., & Ickovics, J. (2007). Prenatal and Parenting Stress on Adolescent Maternal Adjustment: Identifying a High-Risk Subgroup. *Maternal And Child Health Journal*, 11(2), 153-159. doi:10.1007/s10995-006-0159-y
- Huebner, C., Dunlop, M., & Case, A. (2004). Containing Violence: A Case Study Illustration of Bion's Container-Contained Model as Applied to Mother–Infant Intervention. *Clinical Social Work Journal*, 32(2), 141-157. doi:10.1023/b:csow.0000024324.40726.ac
- INESSS – Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2015, juin). Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie Volet I et I : Fiche synthèse. Repéré à l'adresse http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/PsychiatriePsychologie/INESSS_FicheSynthese_Psychotherapie.pdf
- ISQ – Institut de la statistique du Québec. (2015, mai). Naissances et taux de fécondité selon l'âge de la mère, indice synthétique de fécondité et âge moyen à la maternité, Québec, 2007-2014. Repéré à l'adresse <http://www.stat.gouv.qc.ca/docs-hmi/statistiques/population-demographie/naissance-fecondite/403.htm>
- Jackson, Y., Cushing, C., Gabrielli, J., Fleming, K., O'Connor, B., & Huffhines, L. (2015). Child Maltreatment, Trauma, and Physical Health Outcomes: The Role of Abuse Type and Placement Moves on Health Conditions and Service Use for Youth in Foster Care. *J. Pediatr. Psychol.*, 41(1), 28-36. doi:10.1093/jpepsy/jsv066
- Jutte, D., Roos, N., Brownell, M., Briggs, G., MacWilliam, L., & Roos, L. L. (2010). The ripples of adolescent motherhood: Social, educational and medical outcomes for children of teen and prior teen moms. *Academic Pediatrics*, 10(5), 293–301. doi:10.1016/j.acap.2010.06.008.

- Kalil, A., & Kunz, J. (2002). Teenage Childbearing, Marital Status, and Depressive Symptoms in Later Life. *Child Development*, 73(6), 1748-1760. doi:10.1111/1467-8624.00503
- Kempe, H.C., Silverman, F.N., Steele, B.T., Droegemueller, W. & Silver, H.K. (1962). The Battered-Child Syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 181(1), 17-24.
- Kendall, A., Olson, C. M. & Frongillo, E. A., Jr. (1994) Validation of the Radimer/Cornell Hunger and Food Insecurity Measures. Final Project Report to the New York State Department of Health. Cornell University, Ithaca, NY.
- Kim, T., Connolly, J., & Tamim, H. (2014). The effect of social support around pregnancy on postpartum depression among Canadian teen mothers and adult mothers in the maternity experiences survey. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14(1), 162. doi:10.1186/1471-2393-14-162
- Kleiber, B., & Dimidjian, S. (2014). Postpartum Depression Among Adolescent Mothers: A Comprehensive Review of Prevalence, Course, Correlates, Consequences, and Interventions. *Clin Psychol Sci Pract*, 21(1), 48-66. doi:10.1111/cpsp.12055
- Knight, A., Chase, E., & Aggleton, P. (2006). Teenage Pregnancy among Young People in and Leaving Care: Messages and Implications for Foster Care. *Adoption & Fostering*, 30(1), 58-69. doi:10.1177/030857590603000108
- Kotch, J., Lewis, T., Hussey, J., English, D., Thompson, R., & Litrownik, A. et al. (2008). Importance of Early Neglect for Childhood Aggression. *Pediatrics*, 121(4), 725-731. doi:10.1542/peds.2006-3622
- Lacharité, C. (2005). From risk to psychosocial resilience: conceptual models and avenues for family intervention. *Texte Contexte - Enferm.*, 14(spe), 71-77. doi:10.1590/s0104-07072005000500009
- Lacharité, C. (2014). Transforming a Wild World: Helping Children and Families to Address Neglect in the Province of Quebec, Canada. *Child Abuse Rev.*, 23(4), 286-296. doi:10.1002/car.2347
- Lacharité, C., Pierce, T., Calille, S., Baker, M., & Pronovost, M. (2015). *Penser la parentalité au Québec : Un modèle théorique et un cadre conceptuel pour l'Étude québécoise sur l'expérience des parents d'enfants âgés de 0-5 ans*. Repéré à : http://www.avenirdenfants.org/media/318194/Cadre-theorique_EQEPE_Cahiers-du-CEIDEF_v1.pdf

- Lalande, C., Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Losier, V., Paquette, D., & Emery, J. (2014). Les comportements d'attachement indiscriminé chez les enfants de mères adolescentes: Étiologie et facteurs de risque. *Canadian Journal Of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 46(2), 73-83. doi:10.1037/a0027426
- Lang, A., Gartstein, M., Rodgers, C., & Lebeck, M. (2010). The Impact of Maternal Childhood Abuse on Parenting and Infant Temperament. *Journal Of Child And Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(2), 100-110. doi:10.1111/j.1744-6171.2010.00229.x
- Lanzi, R., Bert, S., & Jacobs, B. (2009). Depression Among a Sample of First-Time Adolescent and Adult Mothers. *Journal Of Child And Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(4), 194-202. doi:10.1111/j.1744-6171.2009.00199.x
- Lee, B. & Goerge, R. (1999). Poverty, early childbearing, and child maltreatment: A multinomial analysis. *Children And Youth Services Review*, 21(9-10), 755-780. doi:10.1016/s0190-7409(99)00053-5
- Leeb, R., Lewis, T., & Zolotor, A. (2011). A Review of Physical and Mental Health Consequences of Child Abuse and Neglect and Implications for Practice. *American Journal Of Lifestyle Medicine*, 5(5), 454-468. doi:10.1177/1559827611410266
- Leenarts, L., Diehle, J., Doreleijers, T., Jansma, E., & Lindauer, R. (2013). Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(5), 269-283. doi:10.1007/s00787-012-0367-5
- Leeners, B., Richter-Appelt, H., Imthurn, B., & Rath, W. (2006). Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery, and the early postpartum period in adult women. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(2), 139-151. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.11.006
- Legendre, P. et Legendre, L. (2012) Numerical Ecology, third edition. Amsterdam, The Netherlands: Elsevier
- LePlatte, D., Rosenblum, K. L., Stanton, E., Miller, N., & Muzik, M. (2012). Mental health in primary care for adolescent parents. *Mental Health in Family Medicine*, 9(1), 39-45. pmcid: PMC3487608

- Lesser, J., Koniak-Griffin, D., Gonzalez-Figueroa, E., Huang, R., & Cumberland, W. (2007). Childhood Abuse History and Risk Behaviors Among Teen Parents in a Culturally Rooted, Couple-Focused HIV Prevention Program. *Journal Of The Association Of Nurses In AIDS Care*, 18(2), 18-27. doi:10.1016/j.jana.2006.11.001
- Lewin, A., Mitchell, S., & Ronzio, C. (2013). Developmental Differences in Parenting Behavior: Comparing Adolescent, Emerging Adult, and Adult Mothers. *Merrill-Palmer Quarterly*, 59(1), 23-49. doi:10.1353/mpq.2013.0003
- Lewin, A., Mitchell, S., Waters, D., Hodgkinson, S., Southammakosane, C., & Gilmore, J. (2014). The Protective Effects of Father Involvement for Infants of Teen Mothers with Depressive Symptoms. *Maternal And Child Health Journal*, 19(5), 1016-1023. doi:10.1007/s10995-014-1600-2
- Li, F., Godinet, M., & Arnsberger, P. (2011). Protective factors among families with children at risk of maltreatment: Follow up to early school years. *Children And Youth Services Review*, 33(1), 139-148. doi:10.1016/j.childyouth.2010.08.026
- Liberto, T. (2012). Screening for Depression and Help-Seeking in Postpartum Women During Well-Baby Pediatric Visits: An Integrated Review. *Journal Of Pediatric Health Care*, 26(2), 109-117. doi:10.1016/j.pedhc.2010.06.012
- Lieberman, A. (2014). Giving Words to the Unsayable: The Healing Power of Describing What Happened. *Psychoanalytic Dialogues*, 24(3), 277-281. doi:10.1080/10481885.2014.911606
- Lieberman, A., Padrón, E., Van Horn, P., & Harris, W. (2005). Angels in the nursery: The intergenerational transmission of benevolent parental influences. *Infant Mental Health Journal*, 26(6), 504-520. doi:10.1002/imhj.20071
- Logsdon, M., Hertweck, P., Ziegler, C., & Pinto-Foltz, M. (2008). Testing a Bioecological Model to Examine Social Support in Postpartum Adolescents. *Journal Of Nursing Scholarship*, 40(2), 116-123. doi:10.1111/j.1547-5069.2008.00215.x
- Logsdon, M.C., Simpson, T., Birkimer, J.E., & Looney, S. (2005). Postpartum depression and social support in adolescents. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 34(1), 46-54. doi:10.1177/0884217504272802
- Lounds, J. J., Borkowski, J. G., & Whitman, T. L. (2006). The potential for child neglect: The case of adolescent mothers and their children. *Child maltreatment*, 11(3), 281-294. doi:10.1177/1077559506289864

- Love, L. T., McIntosh, J., Rosst, M., & Tertzakian, K. (2005). *Fostering hope: Preventing teen pregnancy among youth in foster care*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- MacPhee, D. (1981). *Knowledge of Infant Development Inventory (KIDI)*. Fort Collin, Co: Colorado State University.
- MacPhee, D. (2002). *Knowledge of Infant Development Inventory: Survey of Child Care Experiences*. Manual. Department of Human Development & Family Studies, Colorado State University.
- Madigan, S., Wade, M., Tarabulsky, G., Jenkins, J., & Shouldice, M. (2014). Association Between Abuse History and Adolescent Pregnancy: A Meta-analysis. *Journal Of Adolescent Health, 55*(2), 151-159. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.05.002
- Malone, J., & Dayton, C. (2015). What is the container/contained when there are ghosts in the nursery?: Joining Bion and Fraiberg in dyadic interventions with mother and infant. *Infant Mental Health Journal, 36*(3), 262-274. doi:10.1002/imhj.21509
- Malone, J. C., Dayton, C. J., Levendosky, A. A., & Bogat, G. A. (2010). Understanding the ‘ghosts in the nursery’ of pregnant women experiencing domestic violence: Prenatal maternal representations and histories of child maltreatment. *Infant Mental Health Journal, 31*(4), 432-454. doi: 10.1002/imhj.20264
- Manly, J. T., Kim, J. E., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and psychopathology, 13*(04), 759-782.
- Mash, E. & Johnston, C. (1983). Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 51*(1), 86-99. doi:10.1037/0022-006x.51.1.86
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, A. (1998). Élaboration et validation d'un outil de mesure de la détresse psychologique au Québec. *Revue Canadienne de Santé Publique, 89*(3), 183-189. doi:10.17269/cjph.89.1096
- Mayers, H., Hager-Budny, M., & Buckner, E. (2008). The Chances for Children Teen Parent–Infant Project: Results of a pilot intervention for teen mothers and their infants in inner city high schools. *Infant Mental Health Journal, 29*(4), 320-342. doi:10.1002/imhj.20182

- Meltzer-Brody, S., Bledsoe-Mansori, S., Johnson, N., Killian, C., Hamer, R., & Jackson, C. et al. (2013). A prospective study of perinatal depression and trauma history in pregnant minority adolescents. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 208(3), 211.e1-211.e7. doi:10.1016/j.ajog.2012.12.020
- Milan, S., Ickovics, J., Kershaw, T., Lewis, J., Meade, C., & Ethier, K. (2004a). Prevalence, Course, and Predictors of Emotional Distress in Pregnant and Parenting Adolescents. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 72(2), 328-340. doi:10.1037/0022-006x.72.2.328
- Milan, S., Kershaw, T., Lewis, J., Westdahl, C., Rising, S., Patrikios, M., & Ickovics, J. (2007). Caregiving History and Prenatal Depressive Symptoms in Low-Income Adolescent and Young Adult Women: Moderating and Mediating Effects. *Psychol Of Women Q*, 31(3), 241-251. doi:10.1111/j.1471-6402.2007.00367.x
- Milan, S., Lewis, J., Ethier, K., Kershaw, T., & Ickovics, J. (2004b). The Impact of Physical Maltreatment History on the Adolescent Mother–Infant Relationship: Mediating and Moderating Effects During the Transition to Early Parenthood. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 32(3), 249-261. doi:10.1023/b:jacp.0000026139.01671.fd
- Milot, T., Collin-Vézina, & Milne, L. (2016, février). *Traumatisme complexe*. Observatoire sur la maltraitance envers les enfants. Repéré à l'adresse: http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Coup_d'oeil_sur_le_traumatisme_complexe.aspx
- Mollborn, S., & Morningstar, E. (2009). Investigating the Relationship between Teenage Childbearing and Psychological Distress Using Longitudinal Evidence. *Journal Of Health And Social Behavior*, 50(3), 310-326. doi:10.1177/002214650905000305
- Miller, A. (1991a). *Banished knowledge: Facing childhood injuries*. London: Virago.
- Miller, A. (1991b). *Breaking down the wall of silence*. New York, N.Y., U.S.A.: Dutton.
- Miller, A. (2001). *The truth will set you free*. New York: Basic Books.
- Miller, A. (2005). *The body never lies*. New York: W.W. Norton.
- Miller, A. (2009). *Free from lies*. New York: W.W. Norton.

- Morinis, J., Carson, C., & Quigley, M. (2013). Effect of teenage motherhood on cognitive outcomes in children: a population-based cohort study. *Archives Of Disease In Childhood*, 98(12), 959-964. doi:10.1136/archdischild-2012-302525
- MSSS – Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : Guide de pratique pour accompagner les familles*. Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MSSS – Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Cadre de référence*. Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Noll, J. (2008). Sexual abuse of children—Unique in its effects on development?. *Child Abuse & Neglect*, 32(6), 603-605. doi:10.1016/j.chiabu.2007.09.008
- Noll, J. & Shenk, C. (2013). Teen Birth Rates in Sexually Abused and Neglected Females. *Pediatrics*, 131(4), e1181-e1187. doi:10.1542/peds.2012-3072
- Noll, J., Shenk, C., & Putnam, K. (2009). Childhood Sexual Abuse and Adolescent Pregnancy: A Meta-analytic Update. *Journal Of Pediatric Psychology*, 34(4), 366-378. doi:10.1093/jpepsy/jsn098
- O'Dougherty Wright, M., Crawford, E., & Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 59-68. doi:10.1016/j.chiabu.2008.12.007
- OMS – Organisation mondiale de la santé. (1993) *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement* (10^{ième} éd.). Masson : Paris.
- OMS – Organisation mondiale de la santé. (2014, septembre). *La grossesse chez les adolescentes*. Repéré à l'adresse <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/fr/>

- OTSTCFQ – Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. (2012). Le référentiel d'activité professionnelle lié à l'exercice de la profession de travailleuse sociale ou travailleur social au Québec. Québec : OTSTCFQ. Repéré à https://www.otstcfq.org/docs/default-source/normes-depratique/r%C3%A9f%C3%A9rentiel-activit%C3%A9-professionnelle_ts.pdf?sfvrsn=2
- Osofsky, J. (2005). Ghosts and angels: How can we find them in the nursery and beyond?. *Infant Mental Health Journal*, 26(6), 525-528. doi:10.1002/imhj.20074
- Oxford, M., Gilchrist, L., Lohr, M., Gillmore, M., Morrison, D., & Spieker, S. (2005). Life Course Heterogeneity in the Transition from Adolescence to Adulthood Among Adolescent Mothers. *Journal Of Research On Adolescence*, 15(4), 479-504. doi:10.1111/j.1532-7795.2005.00108.x
- Pallant, J. (2010). *PASW and SPSS survival manual*. Maidenhead: Open University Press.
- Paquette, D., Bigras, M., Zoccolillo, M., Tremblay, R. E., Labelle, M. È., & Azar, R. (2001). Comparaison de la sensibilité parentale des mères adolescentes et des mères adultes peu scolarisées. *Revue canadienne de psycho-éducation. Revue Canadienne de Psycho-Education*, 30(2), 283-298.
- Paquette, D., Laporte, L., Bigras, M., & Zoccolillo, M. (2004). Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance. *Santé Mentale Au Québec*, 29(1), 201. doi:10.7202/008831ar
- Paquette, D., Zoccolillo, M., & Bigras, M. (2007). Prévalence et cooccurrence de cinq formes de maltraitance en lien avec la dépression et le trouble de la conduite chez les mères adolescentes. *Santé Mentale Au Québec*, 32(2), 37. doi:10.7202/017796ar
- Pasalich, D., Cyr, M., Zheng, Y., McMahon, R., & Spieker, S. (2016). Child abuse history in teen mothers and parent-child risk processes for offspring externalizing problems. *Child Abuse & Neglect*, 56, 89-98. doi:10.1016/j.chiabu.2016.04.011
- Payne, N., & Anastas, J. (2015). The Mental Health Needs of Low-Income Pregnant Teens: A Nursing-Social Work Partnership in Care. *Research On Social Work Practice*, 25(5), 595-606. doi:10.1177/1049731514545656
- Pears, K., & Capaldi, D. (2001). Intergenerational transmission of abuse: a two-generational prospective study of an at-risk sample. *Child Abuse & Neglect*, 25(11), 1439-1461. doi:10.1016/s0145-2134(01)00286-1

- Pears, K., Kim, H., & Fisher, P. (2008). Psychosocial and cognitive functioning of children with specific profiles of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 32(10), 958-971. doi:10.1016/j.chiabu.2007.12.009
- Phipps, M., Raker, C., Ware, C., & Zlotnick, C. (2013). Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in adolescent mothers. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 208(3), 192.e1-192.e6. doi:10.1016/j.ajog.2012.12.036
- Pierrehumbert, P., Miljkovitch, R., & Halfon, O. (2004). Théorie de l'attachement et parentalité. *Devenir père, devenir mère, Hors collection*, 35-51. doi:10.3917/eres.dugna.2004.01.0035
- Popper, K. (1963). *Conjectures and refutations*. London: Routledge & K. Paul.
- Poulin, C., Lemoine, O., Poirier, L., & Lambert, J. (2005). Validation study of a nonspecific psychological distress scale. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 40, 1019-1024. doi:10.1007/s00127-005-0961-x
- Pryce, J., & Samuels, G. (2010). Renewal and Risk: The Dual Experience of Young Motherhood and Aging Out of the Child Welfare System. *Journal Of Adolescent Research*, 25(2), 205-230. doi:10.1177/0743558409350500
- Putnam-Hornstein, E., Cederbaum, J., King, B., Eastman, A., & Trickett, P. (2015). A Population-Level and Longitudinal Study of Adolescent Mothers and Intergenerational Maltreatment. *American Journal Of Epidemiology*, 181(7), 496-503. doi:10.1093/aje/kwu321
- Putnam-Hornstein, E., Cederbaum, J. A., King, B., & Needell, B. (2013). *California's most vulnerable parents: When maltreated children have children*. Los Angeles, CA: University of Southern California School of Social Work.
- Rainelli, C., Orliaguet, M., & Villars, M. (2012). Reviviscence traumatique lors de la grossesse et de la naissance des abus sexuels subis pendant l'enfance. *Neuropsychiatrie De L'enfance Et De L'adolescence*, 60(5), 356-361. doi:10.1016/j.neurenf.2012.05.531
- Raneri, L., & Wiemann, C. (2007). Social Ecological Predictors of Repeat Adolescent Pregnancy. *Perspectives On Sexual And Reproductive Health*, 39(1), 39-47. doi:10.1363/3903907

- Reid, V., & Meadows-Oliver, M. (2007). Postpartum Depression in Adolescent Mothers: An Integrative Review of the Literature. *Journal Of Pediatric Health Care*, 21(5), 289-298. doi:10.1016/j.pedhc.2006.05.010
- Romano, E., Zoccolillo, M., & Paquette, D. (2006). Histories of Child Maltreatment and Psychiatric Disorder in Pregnant Adolescents. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(3), 329-336. doi:10.1097/01.chi.0000194563.40418.81
- Rothstein, A. (1986). The reconstruction of trauma: Its significance in clinical work. Madison, CN: The International Universities Press Inc.
- Russell, C. (1980). Unscheduled Parenthood: Transition to 'Parent' for the Teenager. *Journal Of Social Issues*, 36(1), 45-63. doi:10.1111/j.1540-4560.1980.tb01898.x
- Saakvitne, K., Tennen, H., & Affleck, G. (1998). Exploring Thriving in the Context of Clinical Trauma Theory: Constructivist Self Development Theory. *Journal Of Social Issues*, 54(2), 279-299. doi:10.1111/0022-4537.661998066
- Saint-Jacques, M., Turcotte, D., Drapeau, S., Villeneuve, P., & Ivers, H. (2009). Signalement d'enfants aux services de protection de la jeunesse : quels acteurs sont influencés par la couverture journalistique de la maltraitance ?. *Déviance Et Société*, 33(4), 501. doi:10.3917/ds.334.0501
- Scannapieco, M., & Connell-Carrick, K. (2015). Correlates of Child Maltreatment Among Adolescent Mothers With Young Children. *Journal Of Evidence-Informed Social Work*, 13(1), 59-75. doi:10.1080/15433714.2014.992696
- Schmidt, R., Wiemann, C., Rickert, V., & Smith, E. (2006). Moderate to severe depressive symptoms among adolescent mothers followed four years postpartum. *Journal Of Adolescent Health*, 38(6), 712-718. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.05.023
- Secco, M.L., Profit, S., Kehned, E., Walsh, A., Letourneau, N., & Stewart, M. (2007). Factors Affecting Postpartum Depressive Symptoms of Adolescent Mothers. *Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36(1), 47-54. doi:10.1111/j.1552-6909.2006.00114.x
- Sellers, K., Black, M., Boris, N., Oberlander, S., & Myers, L. (2011). Adolescent mothers' relationships with their own mothers: Impact on parenting outcomes. *Journal Of Family Psychology*, 25(1), 117-126. doi:10.1037/a0021877

- Seng, J., Sperlich, M., Low, L., Ronis, D., Muzik, M., & Liberzon, I. (2013). Childhood Abuse History, Posttraumatic Stress Disorder, Postpartum Mental Health, and Bonding: A Prospective Cohort Study. *Journal Of Midwifery & Women's Health*, 58(1), 57-68. doi:10.1111/j.1542-2011.2012.00237.x
- Sensky, T. (2002). All you need is cognitive behaviour therapy?. *BMJ*, 324(7352), 1522-1522. doi:10.1136/bmj.324.7352.1522
- Siegel, R. S., & Brandon, A. R. (2014). Adolescents, pregnancy, and mental health. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 27(3), 138-150. doi:10.1016/j.jpag.2013.09.008
- Sirois, M., Berthelot, N., Drouin-Maziade, C., Germain, P., & Martel, M-J. (2015). Implications de la maltraitance en enfance pour les soins périnataux. *Soins pédiatrie/puériculture*, 36(284), 44-47. Repéré à <http://www.em-consulte.com/revue/SPP/36/284/table-des-matieres/>
- Smith, C. (1996). The link between childhood maltreatment and teenage pregnancy. *Social Work Research*, 20(3), 131-141. doi: 10.1093/swr/20.3.131
- Smith, M. (2004). Parental mental health: Disruptions to parenting and outcomes for children. *Child and Family Social Work*, 9, 3-11. doi: 10.1111/j.1365-2206.2004.00312.x
- Smith, E., Grau, J., Duran, P., & Castellanos, P. (2013). Maternal Depressive Symptoms and Child Behavior Problems Among Latina Adolescent Mothers: The Buffering Effect of Mother-Reported Partner Child Care Involvement. *Merrill-Palmer Quarterly*, 59(3), 304-329. doi:10.1353/mpq.2013.0014
- SmithBattle, L. (2012). Moving Policies Upstream to Mitigate the Social Determinants of Early Childbearing. *Public Health Nursing*, 29(5), 444-454. doi:10.1111/j.1525-1446.2012.01017.x
- Sokal, R. R. & Rohlf, F. J. (1981). *Biometry* (2nd ed). W. H. Freeman and Co. San Francisco: CA.
- Sommer, K., Whitman, T., Borkowski, J., Schellenbach, C., & et al., (1993). Cognitive readiness and adolescent parenting. *Developmental Psychology*, 29(2), 389-398. doi:10.1037/0012-1649.29.2.389
- St-Amour, M., & Binette Charbonneau, A. (2015, mai). Les naissances au Québec et dans les régions en 2014. Repéré à l'adresse <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bulletins/coupdoeil-no38.pdf>

- Stith, S., Liu, T., Davies, L., Boykin, E., Alder, M., & Harris, J. et al. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression And Violent Behavior, 14*(1), 13-29. doi:10.1016/j.avb.2006.03.006
- Taïeb, O., Baubet, T., Pradère, J., Lévy, K., Revah-Lévy, A., Serre, G., & Moro, M. (2004). Traumatismes psychiques chez l'enfant et l'adolescent. *EMC - Psychiatrie, 1*(1), 23-32. doi:10.1016/j.emcps.2003.06.002
- Teicher, M., & Samson, J. (2013). Childhood Maltreatment and Psychopathology: A Case for Ecophenotypic Variants as Clinically and Neurobiologically Distinct Subtypes. *American Journal Of Psychiatry, 170*(10), 1114-1133. doi:10.1176/appi.ajp.2013.12070957
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and an overview. *American Journal of Psychiatry, 148*, 10-20. doi:10.1176/ajp.148.1.10
- Thompson, R., & Neilson, E. (2014). Early parenting: The roles of maltreatment, trauma symptoms, and future expectations. *Journal Of Adolescence, 37*(7), 1099-1108. doi:10.1016/j.adolescence.2014.08.003
- Thompson, M.S., & Peebles-Wilkins, W. (1992). The impact of formal, informal, and societal support networks on the psychological well-being of black adolescent mothers. *Social Work, 37*(4), 322-8. doi: 10.1093/sw/37.4.322
- Trickett, P., Mennen, F., Kim, K., & Sang, J. (2009). Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: Issues of definition and identification. *Child Abuse & Neglect, 33*(1), 27-35. doi:10.1016/j.chiabu.2008.12.003
- Trickett, P., Noll, J., & Putnam, F. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Dev Psychopathol, 23*(02), 453-476. doi:10.1017/s0954579411000174
- Turner, H., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2006). The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Social Science & Medicine, 62*(1), 13-27. doi:10.1016/j.socscimed.2005.05.030
- Twardosz, S. & Lutzker, J. (2010). Child maltreatment and the developing brain: A review of neuroscience perspectives. *Aggression And Violent Behavior, 15*(1), 59-68. doi:10.1016/j.avb.2009.08.003

- Tzilos, G., Zlotnick, C., Raker, C., Kuo, C., & Phipps, M. (2012). Psychosocial factors associated with depression severity in pregnant adolescents. *Archives Of Women's Mental Health, 15*(5), 397-401. doi:10.1007/s00737-012-0296-9
- Valentino, K., Nuttall, A., Comas, M., Borkowski, J., & Akai, C. (2012). Intergenerational Continuity of Child Abuse Among Adolescent Mothers: Authoritarian Parenting, Community Violence, and Race. *Child Maltreatment, 17*(2), 172-181. doi:10.1177/1077559511434945
- van Roode, T., Dickson, N., Herbison, P., & Paul, C. (2009). Child sexual abuse and persistence of risky sexual behaviors and negative sexual outcomes over adulthood: Findings from a birth cohort. *Child Abuse & Neglect, 33*(3), 161-172. doi:10.1016/j.chiabu.2008.09.006
- van Vugt, E., Lanctôt, N., Paquette, G., Collin-Vézina, D., & Lemieux, A. (2014). Girls in residential care: From child maltreatment to trauma-related symptoms in emerging adulthood. *Child Abuse & Neglect, 38*(1), 114-122. doi:10.1016/j.chiabu.2013.10.015
- Wahn, E., & Nissen, E. (2008). Sociodemographic background, lifestyle and psychosocial conditions of Swedish teenage mothers and their perception of health and social support during pregnancy and childbirth. *Scandinavian Journal Of Public Health, 36*(4), 415-423. doi:10.1177/1403494807085315
- Whiffen, V., Thompson, J., & Aube, J. (2000). Mediators of the Link Between Childhood Sexual Abuse and Adult Depressive Symptoms. *Journal Of Interpersonal Violence, 15*(10), 1100-1120. doi:10.1177/088626000015010006
- Whitman, T.L., Borkowski, J.G., Keogh, D.A., & Weed, K. (2001). *Interwoven lives: Adolescent mothers and their children*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Elbaum Associates.
- Whitson, M., Martinez, A., Ayala, C., & Kaufman, J. (2011). Predictors of Parenting and Infant Outcomes for Impoverished Adolescent Parents. *Journal Of Family Social Work, 14*(4), 284-297. doi:10.1080/10522158.2011.587173
- Widom, C.S., Czaja, S.J., & DuMont, K.A. (2015). Intergenerational transmission of child abuse and neglect: Real or detection bias? *Science, 347*(6229), 1480-1485. doi : 10.1126/science.1259917

- Williams, C., & Vines, S. (1999). Broken Past, Fragile Future: Personal Stories of High-Risk Adolescent Mothers. *Journal For Specialists In Pediatric Nursing*, 4(1), 15-23. doi:10.1111/j.1744-6155.1999.tb00076.x
- Yule, W., Bolton, D., Udwin, O., Boyle, S., O'Ryan, D., & Nurrish, J. (2000). The Long-term Psychological Effects of a Disaster Experienced in Adolescence: I: The Incidence and Course of PTSD. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 41(4), 503-511. doi:10.1017/s0021963099005570
- Zimmerman, B.J., Rosenthal, T.L. (1974). Observational learning of rule governed behavior. *Psychological Bulletin*, 81, (1), 29-42.
- Zlotnick, C., Miller, I., Pearlstein, T., Howard, M., & Sweeney, P. (2006). A Preventive Intervention for Pregnant Women on Public Assistance at Risk for Postpartum Depression. *American Journal Of Psychiatry*, 163(8), 1443-1445. doi:10.1176/ajp.2006.163.8.1443

Annexe 1 : Concepts à l'étude et descripteurs utilisés

Synthèse du sujet

Conditions associées à l'adoption de pratiques parentales maltraitantes chez les mères adolescentes ayant subi une expérience de maltraitance.

Concepts en français

| Adoption de pratiques parentales maltraitantes | Mères adolescentes | Expérience de maltraitance |
|---|---|--|
| Maltraitan* Abus* Négligen* Pratiques parentales maltraitan* Transmission intergénérationnelle maltraitance | Mère adolescente Jeune mère Parent* adolescen* Parent* précoce Maternité adolescen* Maternité précoce Grossesse adolescen* Grossesse précoce | Expérience maltraitance Expérience trauma* Vécu maltraitance Vécu trauma* Stress post-trauma* ESPT Adversité enfance Victime Abus* |

Concepts en anglais

| Adoption de pratiques parentales maltraitantes | Mères adolescentes | Expérience de maltraitance |
|--|---|---|
| Maltreatment Abus* Neglect* Parental maltreatment Intergenerational transmission of maltreatment Intergenerational transmission of abuse Intergenerational transmission of neglect | Teen mo* Adolescent mo* Young mo* Early childbearing Teen pregnancy Teen* childbearing | History of childhood abuse History of childhood trauma History of childhood maltreatment Childhood adversity Stress symptom* PTST Post-trauma* Victim* Survivor |

Annexe 2 : Synthèse des principales études empiriques comprises dans la recension des écrits

| Auteurs | Objectif et contexte de l'étude | Échantillon | Principales mesures utilisées pour la collecte des données | Principaux constats |
|---|---|--|---|--|
| Apfel et Seitz (1991) | Explorer la quantité et le type de soutien offert aux mères adolescentes par leurs propres mères. | N= 119 dyades composées de mères adolescentes (âgées de moins de 19 ans au moment de la naissance de leur enfant) afro-américaines et de leurs propres mères. | Étude qualitative; Une entrevue semi-dirigée à 18 mois postpartum. | Quatre types de relation émergent : 1) la grand-mère en tant que remplaçante; 2) la grand-mère en tant que suppléante; 3) la grand-mère en tant que source de soutien financier et matériel; 4) la grand-mère en tant qu'éducatrice pour le développement des habiletés parentales chez sa fille. |
| Bailey, Moran et Pederson (2007) | Examiner le lien entre les problèmes d'attachement, l'historique des abus et un large éventail des symptômes liés au traumatisme. | N= 62 mères monoparentales, caucasiennes et vivant dans des conditions socio-économiques précaires ayant, pour la majorité, donné naissance pendant l'adolescence (N= 51, ou 84%). | Étude quantitative longitudinale sur 4,5 ans en 2 temps de mesure; Attachement et expérience d'abus physique ou sexuel : <i>Adult Attachment Interview</i> (George <i>et al.</i> , 1985; Main et Goldwyn, 1998); Expérience de maltraitance subie dans l'enfance : <i>Childhood Trauma Interview</i> (Fink, 1995) et <i>Childhood Trauma Questionnaire</i> (Bernstein et Fink, 1998); Symptômes de traumatisme : <i>Trauma Symptom Inventory</i> (Brière, 1995). | L'expérience d'abus physique et sexuel subie dans l'enfance, ainsi que l'expérience générale de maltraitance, seraient associées au traumatisme non-résolu; Le traumatisme non-résolu serait associé à la dissociation, aux problèmes identitaires, ainsi qu'aux problèmes interpersonnels. |

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| <p>Bert, Guner et Lanzi (2009)</p> | <p>Évaluer l'occurrence de la transmission inter-générationnelle de la maltraitance chez des mères provenant de divers contextes socio-économiques.</p> | <p>N= 681 mères âgées en moyenne de 20 ans (de 14 à 36 ans) appartenant à trois groupes distincts dont un composé de mères adolescentes vivant dans des conditions socio-économiques précaires, un de mères adultes vivant dans des conditions socio-économiques précaires et un de mères adultes provenant de milieux aisés.</p> | <p>Étude quantitative;</p> <p>Expérience de maltraitance subie dans l'enfance : <i>Childhood Trauma Questionnaire</i> (Bernstein <i>et al.</i>, 1994);</p> <p>Connaissances parentales : <i>Infant Development Inventory - Short Form</i> (MacPhee, 1981);</p> <p>Risque d'APPM : <i>Child Abuse Potential Inventory</i> (Milner, 1986);</p> <p>Attitudes et croyances parentales : <i>Parenting Style Expectations Questionnaire</i> (Bavolek, 1984).</p> | <p>Les expériences d'abus émotionnel et d'abus physique seraient associées aux pratiques parentales à 6 mois postpartum, mais pas aux connaissances parentales;</p> <p>Les mères adolescentes présentaient une occurrence plus élevée que les autres mères d'expériences d'abus émotionnel et d'abus physique subies dans l'enfance, alors que les mères adultes provenant de milieux aisés en présentaient moins;</p> <p>Pour toutes les mères, plus l'occurrence d'expériences de maltraitance est élevée, plus le risque d'APPM augmente (c.-à-d., moins de disponibilité envers l'enfant et attitudes et croyances parentales inadéquates).</p> |
| <p>Berthelot <i>et al.</i> (2015)</p> | <p>Examiner l'association entre l'attachement de la mère ayant subi une expérience de maltraitance dans l'enfance et celui de son enfant.</p> | <p>N= 57 dyades composées de mères majoritairement caucasiennes, vivant majoritairement dans des conditions socio-économiques précaires, âgées en moyenne de 29 ans et ayant subi une expérience de maltraitance dans l'enfance et de leur enfant âgé en moyenne de 17 mois.</p> | <p>Étude quantitative longitudinale en deux temps de mesure sur 20 mois;</p> <p>Expérience de maltraitance subie dans l'enfance : entrevue semi-structurée <i>Childhood Experience of Care and Abuse</i> (Bifulco <i>et al.</i>, 1994);</p> <p>Attachement de la mère : <i>Adult Attachment</i> (Main, Kaplan et Cassidy, 1985);</p> <p>Perception de la mère quant à la qualité des soins parentaux reçus dans l'enfance : <i>Parental</i></p> | <p>La majorité des enfants nés de mères ayant subi une expérience de maltraitance dans l'enfance présentait un attachement de type insécure et, presque la moitié, désorganisé;</p> <p>Le traumatisme non-résolu et le fonctionnement réflexif chez le parent seraient associés à l'attachement de l'enfant.</p> |

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| | | | <i>Bonding Instrument</i> (Parker <i>et al.</i> , 1979); Attachement de l'enfant : <i>Strange Situation Procedure</i> (Ainsworth <i>et al.</i> , 1978). | |
| Birkeland, Thompsen et Phares (2005) | Examiner les risques associés à la dépression postpartum chez les mères adolescentes. | N= 149 mères adolescentes âgées de 15 à 19 ans inscrites à un programme de soutien à la parentalité en contexte scolaire. | Étude quantitative exploratoire; Symptômes dépressifs : <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> (Cox, Holden et Sagovsky, 1987); Stress parental : <i>Parenting Stress Index-Third Edition</i> (Abidin, 1995). | L'isolement social, les compétences parentales, ainsi que la perception de l'apparence physique contribueraient au risque de dépression postpartum chez les mères adolescentes. |
| Black <i>et al.</i> (2002) | Examiner l'association entre la dépression postpartum et les habiletés parentales chez les mères adolescentes. | N= 194 mères adolescentes âgées de 19 ans et moins au moment de la naissance de leur enfant, vivant dans des conditions socio-économiques précaires et présentant un risque élevé d'APPM envers leur enfant âgé de 4 à 5 ans. | Étude quantitative; Symptômes dépressifs : <i>Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale</i> (Radloff, 1977); Perception maternelle de la qualité de la relation de couple : <i>Autonomy and Relatedness Inventory</i> (Schaefer et Edgerton, 1982); Problèmes de comportement chez l'enfant : <i>Child Behavior Checklist</i> (Achenbach, 1991). | L'insatisfaction de la mère face à sa relation de couple serait associée à l'occurrence de problèmes de comportement chez son enfant et la dépression chez la mère contribue à ces facteurs de risque. |
| Cox <i>et al.</i> (2008) | Examiner le lien entre les symptômes de dépression chez les mères adolescentes et leurs habiletés parentales. | N= 168 mères adolescentes, majoritairement afro-américaines, âgées de 19 ans et moins et inscrites à un programme multidisciplinaire | Étude quantitative longitudinale en trois temps de mesure de 2 semaines à 3 ans postpartum; Symptômes dépressifs : <i>Center</i> | Près de 55 % des répondantes présentaient des symptômes associés à la dépression postpartum; Le jeune âge de l'enfant, le jeune âge de la mère, le faible revenu, l'occurrence |

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| | | de soutien à la parentalité. | <i>for Epidemiologic Studies–Depression Scale</i> (Radloff, 1977); Estime de soi : <i>Maternal Self-report Inventory</i> (Shea et Tronick, 1988); Soutien social : <i>Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire</i> (Broadhead <i>et al.</i> , 1988). | d’une tentative de suicide dans le passé, ainsi que a présence élevée de symptômes dépressifs, seraient associés à une faible perception des habiletés parentales par la mère et à un faible réseau de soutien. |
| Crouch, Milner et Thomsen (2001) | Explorer l’association de l’effet modérateur de la perception du réseau de soutien sur l’association entre l’expérience d’abus physique subie dans l’enfance et le risque d’APPM. | N= 598 adultes issus de la population générale âgés en moyenne de 25 ans, majoritairement caucasiens. | Étude quantitative; Expérience de maltraitance subie dans l’enfance : <i>Childhood History Questionnaire</i> (Milner <i>et al.</i> , 1990) et <i>Conflict Tactics Scale</i> (Straus, 1990); Soutien social : <i>Social Support Questionnaire</i> (Sarason, Sarason, Shearin et Pierce, 1987); Risque d’APPM : <i>Child Abuse Potential Inventory</i> (Milner, 1986). | L’expérience d’abus physique dans l’enfance serait associée à une perception négative du soutien social reçu; L’expérience d’abus physique subie dans l’enfance serait associée au risque d’APPM. |
| Dhayanandhan, Bohr et Connolly (2015) | Examiner l’atteinte de tâches développementales chez les mères adolescentes comme facteur de protection contre le risque d’APPM. | N= 50 mères adolescentes âgées de moins de 20 ans au moment de la naissance de leur enfant, en situation de précarité socioéconomique et majoritairement caucasiennes ou afro-américaines. | Étude quantitative; Atteinte des tâches développementales : <i>Developmental Tasks Questionnaire</i> (Seiffge-Krenke, 1998); Risque d’APPM : <i>Child Abuse Potential Inventory</i> (Milner 1986; 1990). | La faible atteinte des tâches développementales contribuerait au risque d’APPM chez les mères adolescentes. |

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| <p>Dym Bartlett et Easterbrooks (2012)</p> | <p>Examiner le risque d'APPM (négligence) chez les mères adolescentes selon l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance de la mère.</p> | <p>N= 92 mères adolescentes d'origine latino-américaines âgées de 17 ans moins et ayant subi de l'abus physique dans leur enfance.</p> | <p>Étude quantitative;</p> <p>Relation mère-enfant : <i>Parental Bonding Instrument</i> (Parker, Tupling et Brown, 1979);</p> <p>Expérience de maltraitance subie dans l'enfance : <i>Conflict Tactics Scale—Parent-child version</i> (Straus, Hamby, Finkelhor, Moore et Runyan, 1998);</p> <p>APPM : mesurée à l'aide de l'accès aux dossiers cliniques en protection de la jeunesse.</p> | <p>Les mères adolescentes victimes de mauvais traitements physiques durant leur enfance seraient quatre fois plus nombreuses à être négligentes envers leur enfant;</p> <p>Une expérience composée à la fois de maltraitance et de soutien parental adéquat (de la part d'un parent non maltraitant) minimiserait le risque de transmission intergénérationnelle de la maltraitance.</p> |
| <p>Dym Bartlett et al. (2014)</p> | <p>Examiner les facteurs de risque associés à l'APPM chez les mères adolescentes (négligence).</p> | <p>N= 383 mères adolescentes majoritairement latino-américaines âgées de 16 ans et plus, vivant dans des conditions socio-économiques précaires et ayant négligé leur jeune enfant.</p> | <p>Étude quantitative;</p> <p>Relation mère-enfant : <i>Parental Bonding Instrument</i> (Parker, Tupling et Brown, 1979);</p> <p>Expérience de maltraitance subie dans l'enfance par la mère et APPM : mesurées à l'aide de l'accès aux dossiers cliniques en protection de la jeunesse;</p> <p>Symptômes dépressifs : <i>Center for Epidemiological Studies Depression Scale</i> (Radloff, 1977);</p> <p>Stress parental : <i>Parenting Stress Index</i> (Abidin, 1995);</p> <p>Attitudes parentales : <i>Adult-Adolescent Parenting Inventory</i> (Bavolek et Keene, 2001);</p> | <p>La source de revenu, l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance de la mère, l'expérience de violence conjugale et l'utilisation de services en santé mentale contribueraient à l'adoption de pratiques parentales négligentes.</p> |

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| | | | Réseau de soutien : <i>Connection subscale of the Positive Youth Development measure</i> (Bowers <i>et al.</i> , 2010). | |
| Easterbrooks <i>et al.</i> (2011) | Examiner les facteurs de protection associés à l'APPM chez les mères adolescentes. | N= 361 mères adolescentes âgées de 21 ans et moins, inscrites à un programmes de Soutien à la parentalité, provenant de contextes socio-économiques diversifiés. | <p>Étude quantitative longitudinale en 4 temps de mesure;</p> <p>APPM : mesurée à l'aide de l'accès aux dossiers cliniques en protection de la jeunesse;</p> <p>Expérience de maltraitance subie dans l'enfance par la mère : <i>Conflict Tactics Scale-Parent/Child Version</i> (Straus <i>et al.</i>, 1998);</p> <p>Qualité des soins parentaux reçus dans l'enfance : <i>Parental Bonding Instrument</i> (Parker, Tupling et Brown, 1979);</p> <p>Soutien social : <i>Personal Network Matrix</i> (Trivette et Dunst, 1988);</p> <p>Symptômes dépressifs : <i>Center for Epidemiological Studies-Depression Scale</i> (Radloff, 1977).</p> | <p>Une analyse de partitionnement des données révèle que les mères cumulant moins de facteurs de risque associés à l'APPM s'étaient davantage distanciées de leur famille d'origine après la naissance de leur enfant, n'habitaient plus avec eux et n'avaient pas recours à leur soutien (matériel ou présentiel);</p> <p>Elles présentaient toutefois une occurrence de symptômes dépressifs plus élevée que les autres.</p> |
| Emery, Paquette et Bigras (2008) | Examiner les prédicteurs de l'attachement chez les enfants nés de mères adolescentes. | N= 138 dyades composées d'enfants et de leur mères adolescentes majoritairement caucasiennes, âgées de moins de 19 ans, vivant dans des conditions socio-économiques | <p>Étude quantitative longitudinale en 4 temps de mesure (de la grossesse à 15 mois postpartum);</p> <p>Attachement de la mère : <i>Attachment Style Questionnaire</i> (Feeney, Noller et Hanrahan 1994);</p> <p>Expérience de</p> | <p>La détresse parentale chez la mère, lorsqu'elle se présente en cooccurrence avec une précarité du réseau de soutien, serait associée au développement d'un attachement non optimal de l'enfant envers sa mère;</p> <p>Les mères d'enfants présentant un attachement</p> |

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| | | <p>précaires, fréquentant une école spécialisée et des centres d'hébergement pour mères adolescentes, ayant seulement un enfant et ayant la garde ce dernier.</p> | <p>maltraitance subie dans l'enfance : <i>Childhood Trauma Questionnaire</i> (Bernstein <i>et al.</i>, 1994; Bernstein <i>et al.</i>, 1997); Soutien social : <i>Arizona Social Support Interview Schedule</i> (Barrera, 1981; Barrera, Sandler et Ramsey 1981); Sensibilité maternelle : <i>Diagnostic Interview Schedule</i> (Robins <i>et al.</i>, 1981); Attachement de l'enfant : <i>Strange Situation procedure</i> (Ainsworth et Wittig, 1969); Stress parental : <i>Parenting Stress Index</i> (Bigras, LaFreniere et Abidin, 1996); Symptômes dépressifs chez la mère : <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> (Cox, Holden et Sagovsky, 1987).</p> | <p>non optimal étaient moins éduquées;</p> <p>La sensibilité parentale ainsi que l'attachement de la mère ne contribueraient pas au style d'attachement de l'enfant;</p> <p>Le style d'attachement désorganisé ne serait pas associé à un cumul plus important de facteurs de risque.</p> |
| <p>Ensink <i>et al.</i> (2014)</p> | <p>Examiner la validité de l'échelle <i>Trauma Reflective Functioning Scale</i> et mesurer le fonctionnement réflexif et l'attachement de femmes enceintes ayant subi une expérience de maltraitance dans l'enfance.</p> | <p>N= 100 femmes enceintes, âgées de 18 à 41 ans (moyenne= 28 ans), majoritairement caucasiennes, ayant subi une expérience de maltraitance dans l'enfance et provenant de milieux socio-économiques diversifiés.</p> | <p>Étude quantitative;</p> <p>Attachement de la mère et traumatisme non-résolu: <i>Adult Attachment Interview</i> (George <i>et al.</i>, 1985); Expérience de maltraitance subie dans l'enfance : <i>Parental Bonding Instrument</i> (Parker <i>et al.</i>, 1979) et l'entrevue semi-structurée <i>Childhood Experience of Care</i></p> | <p>La majorité des mères présentaient un type d'attachement insécure, un traumatisme non-résolu et des déficits au plan du fonctionnement réflexif, ce qui serait associé à une difficulté à s'investir pleinement dans leur grossesse, à des perceptions négatives envers l'enfant et la maternité, ainsi qu'à des difficultés de couple.</p> |

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| | | | <i>and Abuse</i> (Bifulco <i>et al.</i> , 1994); Contexte psychosocial de la mère : entrevue semi-structurée <i>Contextual Assessment of Maternity Experience</i> (Bernazzani <i>et al.</i> , 2005). | |
| Furstenberg (1980) | Examiner les conséquences potentielles de la parentalité à l'adolescence sur les familles des mères adolescentes et évaluer le soutien offert à ces dernières. | N= 15 familles, majoritairement afro-américaines, vivant dans des conditions socio-économiques précaires. | Entrevues semi-dirigées; aucune utilisation de canevas d'entrevue formel ou d'échelles validées. | Les mères adolescentes vivant avec leur famille recevraient davantage de soutien financier et parental que les mères n'habitant plus avec leur famille; Le risque d'isolement social est accru lorsque la mère a plus d'un enfant ou qu'elle redevient enceinte rapidement. |
| Gavin, Lindhorst et Lohr (2011) | Examiner l'occurrence et les facteurs associés aux symptômes dépressifs chez des adolescentes enceintes. | N= 173 adolescentes enceintes, non mariées, âgées de 17 ans et moins, d'origines ethniques variées et vivant dans des conditions socio-économiques précaires. | Étude quantitative en 17 temps de mesure sur 17 ans; Symptômes dépressifs: <i>Brief Symptom Inventory – depression subscale</i> (Derogatis, 1993); Expérience de violence conjugale : <i>Conflict Tactics Scale</i> (Straus, 1988). | L'occurrence des symptômes dépressifs ont augmenté en intensité au cours des 17 années de suivi et ceux-ci seraient associés, en général, à l'occurrence de symptômes dépressifs en période prénatale, à l'expérience de violence conjugale, à la pauvreté, à la consommation de tabac. |
| Garwood <i>et al.</i> (2015) | Comparer les risques de parentalité à l'adolescence chez des enfants provenant de milieux défavorisés recevant des services de | N= 3 281 adolescentes provenant de milieux défavorisés. | Étude prospective sur 16 ans; Données recueillies à l'aide des accès aux dossiers des agences de protection de la jeunesse et des dossiers médicaux. | 17 % des adolescents n'ayant pas reçu de services de protection de la jeunesse étaient devenues enceintes à l'adolescence vs. 29 % des adolescentes ayant reçu des services de protection de la jeunesse; |

| | | | | |
|----------------------------|--|---|--|---|
| | protection de la jeunesse de ceux n'en recevant pas. | | | L'expérience de maltraitance subie dans l'enfance serait le facteur le plus significatif pour expliquer ces différences. |
| Hazen et al. (2009) | Identifier des profils d'expériences de maltraitance subie dans l'enfance chez un groupe d'adolescents et d'examiner l'association entre ces profils et le bien-être psychologique des répondants. | N= 1 131 adolescents âgés entre 12 et 18 ans, vivant dans des conditions socio-économiques précaires et recevant des services publics en santé mentale. | Étude quantitative; Expérience de maltraitance subie dans l'enfance: <i>Childhood Trauma Questionnaire–Short Form</i> (Bernstein et Fink, 1998); Bien-être psychologique : <i>Youth Self Report</i> (Achenbach, 1991); Problèmes de comportement : <i>Child Behavior Checklist</i> (Achenbach, 1991). | Trois profils sont identifiés, soit 1) abus sexuel, physique et émotionnel; 2) abus physique et émotionnel; et 3) faible expérience de maltraitance; Les deux premiers profils seraient associés à une occurrence de symptômes plus élevée au plan du bien-être psychologique et des problèmes de comportement, mais il n'y aurait pas de différences significatives entre les deux profils. |
| Holub et al. (2007) | Examiner les effets du stress prénatal et parental et les liens avec le bien-être de la mère adolescente et la détresse psychologique postpartum. | N= 154 adolescentes enceintes âgées de 14 à 19 ans inscrites dans un programme de prévention du VIH/SIDA. | Étude quantitative longitudinale sur quatre temps de mesure (du troisième trimestre de la grossesse jusqu'à 16 mois postpartum); Stress parental : <i>Perceived Stress Scale</i> (Cohen, Kamarck et Mermelstein, 1983) et <i>Parenting Stress Index</i> (Abidin, 1990); Compétences parentales: <i>Revised Parenting Sense of Competence Scale</i> (Johnson et Mash, 1989); Détresse psychologique: <i>Brief Symptom Inventory</i> (Derogatis, 1993). | Le stress prénatal et parental serait associé à la détresse psychologique postnatale et au développement de difficultés parentales (perceptions négatives envers la maternité, moindre investissement auprès de l'enfant et faibles habiletés parentales). |

| | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|--|
| Jutte et al. (2010) | Examiner les facteurs de risque présents chez des enfants nés de mères adolescentes en comparaison à des enfants nés de mères adultes mais ayant elles-mêmes déjà été mères adolescentes d'un autre enfant. | N= 32 179 enfants canadiens âgés de 17 ans. | Étude quantitative populationnelle; Données recueillies à l'aide du <i>Manitoba Population Health Research Data Repository</i> . | Les enfants appartenant à ces deux groupes seraient deux fois plus à risque que des enfants nés de mères adultes sans expérience préalable de parentalité à l'adolescence de décéder au cours de leur enfance ou adolescence, en plus d'être plus à risque d'hospitalisation, d'échec scolaire et de développement de problèmes sociaux. |
| Kalil et Kunz (2002) | Examiner l'association entre des conditions présentes avant la grossesse et l'occurrence de symptômes dépressifs en période postpartum chez des mères adolescentes. | N= 990 mères adolescentes caucasiennes ou afro-américaines et provenant de milieux socio-économiques diversifiés. | Étude quantitative longitudinale sur 12 ans; Symptômes dépressifs: <i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale</i> (Radloff, 1977). | Le fait de ne pas être mariées serait associé à une occurrence plus élevée de symptômes dépressifs chez les mères au moment de donner naissance, mais il n'y aurait pas de différences significatives associées au statut marital plus tard dans la vie des mères. |
| Kim, Connolly et Tamin (2014) | Examiner l'effet du réseau de soutien reçu durant et après la grossesse sur les symptômes de dépression postpartum chez les mères selon leur âge (mères adolescentes : 15 à 19 ans vs. mères adultes : 20 ans et plus). | N= 6 421 mères canadiennes âgées de 15 ans et plus. | Étude quantitative; Symptômes dépressifs : <i>Edinburg Postnatal Depression Scale</i> (Cox, Holden et Sagovsky, 1987); Réseau de soutien : questionnaire maison. | Deux fois plus de mères adolescentes présentaient des symptômes associés à la dépression postpartum que les mères adultes, mais les mères adolescentes recevraient plus de soutien social que les mères adultes; La présence d'un réseau de soutien de qualité agirait comme facteur de protection contre la dépression postpartum. |
| Lanzi, Bert et Jacobs (2009) | Examiner la prévalence, les liens et les conséquences de la dépression chez un groupe de nouvelles mères | N= 396 mères adolescentes + 169 mères adultes vivant dans des conditions socio-économiques précaires + 117 | Étude quantitative longitudinale en quatre temps de mesure sur les trois premières années postpartum; | Les mères du premier groupe présentaient la prévalence la plus élevée de symptômes dépressifs persistants; La dépression serait associée à une faible |

| | | | | |
|-------------------------------|---|--|--|--|
| | selon leur âge. | mères adultes vivant dans des conditions socio-économiques aisés. | Symptômes dépressifs: <i>Beck Depression Inventory</i> (Beck, 1967). | sensibilité maternelle. |
| Lee et George (1999) | Examiner la prévalence de la maltraitance chez des enfants selon trois expériences de maltraitance préalablement ciblées, soit abus sexuel, autres formes d'abus et négligence, ainsi que l'âge de la mère. | N= 59 062 enfants ayant été maltraités étant sous la garde de leur mère. | Étude quantitative populationnelle; Données socio-démographiques recueillies à l'aide de bases de données publiques et, pour l'expérience de maltraitance subie, les dossiers cliniques d'agences de protection de la jeunesse. | Le jeune âge maternel et la pauvreté seraient les variables qui contribueraient le plus à la maltraitance subie par les enfants, toutes formes confondues. |
| Leplatte et al. (2012) | Évaluer le programme américain <i>The Mom Power</i> qui offre des services intégrés en périnatalité et en santé mentale à des jeunes mères. | N= 24 mères adolescentes âgées de 16 à 21 ans, majoritairement afro-américaines, ayant subi de multiples expériences traumatisantes au cours de leur vie (pas exclusivement de la maltraitance) et ayant récemment terminé le programme. | Étude qualitative; PTSD et symptômes dépressifs mesurés mais sans mention des outils utilisés. | Près de la moitié des répondantes répondaient aux critères du PTSD et la moitié aux critères de la dépression, mais le programme d'intervention contribuerait à la diminution de leurs symptômes. |
| Lesser et al. (2007) | Explorer l'association entre l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance et l'adoption de comportements risqués chez les mères adolescentes. | N= 170 mères adolescentes âgées de 14 à 25 ans, d'origine latino-américaine et inscrites à un programme de prévention du VIH. | Étude quantitative; Symptômes dépressifs: <i>Center for Epidemiological Studies Depression Scale</i> (Radloff, 1977). | Près de 35 % des répondantes disaient avoir été victimes de maltraitance sexuelle durant l'enfance, alors que 25 % affirmaient avoir vécu de la maltraitance physique; Trois à six fois plus de mères ayant vécu de la maltraitance physique présentaient des symptômes associés à la |

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
| | | | | dépression et à d'autres troubles psychiatriques que les mères n'ayant pas subi de maltraitance. |
| Lewin et al. (2014) | Examiner l'incidence de l'implication du père auprès d'enfants nés de mères adolescentes souffrant d'une dépression. | N= 119 dyades composées d'enfants âgés de 6 mois et moins et leurs mères adolescentes âgées de moins de 20 ans. | Étude quantitative; Symptômes dépressifs chez la mère: <i>Center for Epidemiological Studies Depression Scale</i> (Radloff, 1977). Comportement de l'enfant: <i>Infant Behavior Questionnaire</i> (Garstein et Rothbart, 2003). | Près de 30 % des mères répondaient à tous les critères d'une dépression; Près de 80 % des pères étaient impliqués auprès de leur enfant; Une implication du père serait associée à une plus faible occurrence de détresse chez l'enfant et contribuerait à diminuer les effets négatifs de la dépression de la mère sur l'enfant. |
| Lewin, Mitchell et Ronzio (2013) | Explorer les différences entre les comportements parentaux de mères adolescentes, de jeunes mères adultes et de mères adultes. | N= 9 250 enfants provenant de milieux socio-économiques diversifiés. | Étude prospective quantitative; Symptômes dépressifs: <i>Composite International Diagnostic Interview short-form instrument</i> (Kessler et al., 1998); Comportements parentaux: Observation des interactions mères-enfants et utilisation de la grille <i>Two Bags Task</i> (Brady-Smith et al., 1999). | Il n'y aurait pas de différences significatives entre les mères adolescentes et jeunes adultes au plan des comportements parentaux, mais ces dernières se distingueraient des mères adultes par l'occurrence plus élevée d'APPM; La cohabitation avec le père représenterait un facteur de protection contre l'APPM chez les mères. |
| Logsdon et al. (2008) | Examiner l'association entre le soutien social et l'occurrence de symptômes associés à la dépression chez des mères adolescentes. | N= 85 mères adolescentes, provenant de milieux socio-économiques diversifiés. | Étude quantitative; Réseau de soutien: questionnaires maison; Symptômes dépressifs chez la mère: <i>Center for Epidemiological</i> | Le stress serait la variable qui contribuerait le plus à l'occurrence de la dépression; Le réseau de soutien (toutes formes) |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| | | | <i>Studies Depression Scale</i> (Radloff, 1977). | représenterait un facteur de protection pour la diminution des symptômes dépressifs. |
| Logsdon et al. (2005) | Évaluer l'efficacité d'une intervention préventive de la dépression postpartum chez des mères adolescentes. | N= 128 adolescentes enceintes ou nouvellement mères majoritairement afro-américaines ou caucasiennes et vivant dans des conditions socio-économiques précaires. | Étude quantitative: Symptômes dépressifs : <i>Center for Epidemiological Studies Depression Scale</i> (Radloff, 1977); Réseau de soutien : <i>Postpartum Support Questionnaire</i> (Logsdon, 2002); Estime de soi: <i>Self-Esteem Instrument</i> (Rosenberg, 1965). | Les principales variables qui contribueraient à l'occurrence de symptômes dépressifs seraient le faible réseau de soutien et la faible estime de soi; Le programme d'intervention préventif n'aurait pas d'effets significatifs sur l'occurrence des symptômes. |
| Lounds, Borkowski et Whitman (2006) | Examiner le risque d'APPM (négligence) chez des mères adolescentes en fonction des conséquences développementales chez l'enfant et des expériences de négligence subie dans l'enfance chez la mère. | N= 100 dyades composées d'enfants et de leurs mères majoritairement afro-américaines, qui étaient adolescentes au moment de l'accouchement et qui vivent dans des conditions socio-économiques précaires. | Étude quantitative longitudinale de la grossesse à 10 ans postpartum; Expérience de négligence subie dans l'enfance par la mère : <i>Neglect Scale</i> (Straus, Kinard et Williams, 1995); Attachement de l'enfant : <i>Strange Situation</i> (Ainsworth et Wittig, 1969); Comportement de l'enfant: <i>Child Behavior Checklist</i> (Achenbach et Edelbrock, 1986); Interactions mères-enfants : <i>Maternal Interaction Scale</i> (Sommer et al., 1993); Risque d'APPM: <i>Child Abuse Potential Inventory</i> (Milner, 1986); Risque de négligence: <i>Mother-</i> | L'expérience de négligence subie dans l'enfance par la mère et la faible qualité des interactions mère-enfant prédiraient le risque d'APPM envers l'enfant; Le risque d'APPM serait associé à la présence de problèmes extériorisés de comportement chez l'enfant. |

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
| | | | <i>Child Neglect Scale</i> (Lounds <i>et al.</i> , 2004). | |
| Meltzer-Brody <i>et al.</i> (2013) | Mesurer la prevalence de la depression pré et postpartum chez des adolescentes provenant de minorités ethniques et examiner son association au réseau de soutien et au plan de stress, selon l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance. | N= 212 adolescentes, enceintes ou déjà mères, majoritairement afro-américaines et recevant des services de cliniques publiques en périnatalité. | Étude quantitative longitudinale en 2 temps de mesure (pendant la grossesse et à 6 semaines postpartum); Symptômes dépressifs: <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> (Cox <i>et al.</i> , 1987) Réseau de soutien: <i>The Medical Outcomes Survey</i> (Sherbourne et Stewart, 1991); Adaptation sociale: <i>Social and Leisure Domain du Social Adjustment Self-Report</i> (Weissman, 1978); Expérience de maltraitance subie dans l'enfance: questionnaire maison. | Les mères adolescentes ayant vécu une expérience de maltraitance durant leur enfance seraient cinq fois plus nombreuses à souffrir de dépression avant la naissance de leur enfant, comparativement à leurs pairs sans expérience de maltraitance. Elles seraient également quatre fois plus nombreuses à être toujours en dépression après la naissance de l'enfant; La dépression postpartum serait associée à une plus faible adaptation sociale, à un plus faible réseau de soutien et à des perceptions négatives de l'expérience de maternité. |
| Milan <i>et al.</i> (2007) | Examiner l'occurrence de symptômes dépressifs en période prénatale chez des adolescentes et des jeunes adultes. | N= 352 adolescentes âgées de 14 à 19 ans et 348 jeunes adultes âgées de 20 à 24 ans, majoritairement afro-américaines et latino-américaines et vivant dans des conditions socio-économiques précaires. | Étude quantitative; Symptômes dépressifs: <i>Center for Epidemiological Studies-Depression</i> (Radloff, 1977); Réseau de soutien: <i>Prenatal social support</i> (adapté de O'Brien, Wortman, Kessler et Joseph, 1993); Style parental : <i>Descriptions of parental caregiving style</i> (Hazan et Shaver, 1986). | Le soutien offert à la mère adolescente par le partenaire représenterait un facteur de protection pour la diminution des symptômes dépressifs chez ces dernière; Les mères adolescentes qui entretiennent des relations conflictuelles avec leurs parents (c.-à-d., perception de sa mère comme n'étant pas disponible ou de son père comme n'étant pas disponible et étant hostile) seraient plus à risque de présenter des symptômes |

| | | | | |
|---------------------------------------|--|--|---|--|
| | | | | de dépression pendant leur grossesse. |
| Milan et al. (2004a) | Examiner les conditions associées à la détresse psychologique chez les mères adolescentes. | N= 203 mères adolescentes et 188 adolescentes sans enfants, ces deux groupes vivant majoritairement dans des conditions socio-économiques précaires. | Étude quantitative; Détresse psychologique : <i>Brief Symptom Inventory</i> (Derogatis, 1993); Relation mère-enfant: <i>Mother–Daughter Communication Scale</i> (Fox et Inazu, 1980); Expérience de maltraitance subie dans l'enfance : <i>Conflict Tactics Scale</i> (Straus, 1990). | Les mères de ces deux groupes ont obtenu un score de détresse psychologique qui excède le seuil clinique; L'expérience de maltraitance subie dans l'enfance ainsi que la précarité du réseau de soutien contribueraient à l'occurrence de la détresse psychologique chez les mères adolescentes et les adolescentes sans enfants. |
| Milan et al. (2004b) | Examiner l'association entre l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance (abus physique) et la relation mère-enfant chez les mères adolescentes. | N= 203 mères adolescentes vivant majoritairement dans des conditions socio-économiques précaires. | Étude quantitative; Symptômes dépressifs : <i>Brief Symptom Inventory</i> (Derogatis, 1993); Relation mère-enfant: <i>Mother–Daughter Communication Scale</i> (Fox et Inazu, 1980); Expérience de maltraitance subie dans l'enfance : <i>Conflict Tactics Scale</i> (Straus, 1990); Stress parental : <i>Parenting Stress Index</i> (Abidin, 1990). | L'association entre l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance et la relation mère-enfant serait modérée par la perception de l'adolescente face à la maternité et à la qualité de son réseau de soutien; La présence d'un conjoint pendant la grossesse contribuerait à rendre plus positive la perception de la mère face à son expérience de maternité. |
| Mollborn et Morningstar (2009) | Examiner l'association entre la détresse psychologique chez les adolescentes et la maternité à | N= 7 163 adolescentes provenant de milieu diversifiés (pas toutes enceintes). | Étude prospective quantitative longitudinale (sur plusieurs années – étude toujours en cours); | La détresse psychologique chez les mères adolescentes, déjà présente avant leur grossesse, serait plus fréquente que chez les adolescentes sans enfants et elle pourrait persister |

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| | l'adolescence. | | Détresse psychologique : <i>Center for Epidemiologic Studies</i> (Radloff 1977). | <p>jusqu'à dix ans postpartum;</p> <p>Le stress parental serait associé à la manifestation de symptômes de détresse psychologique chez les mères adolescentes;</p> <p>Les mères adolescentes présentant des symptômes de détresse psychologique à la suite de la naissance de leur enfant seraient plus à risque de vivre des grossesses subséquentes rapprochées que leurs pairs n'en présentant pas.</p> |
| Noll et Shenk (2013) | Examiner l'association entre l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance et la maternité à l'adolescence. | N = 435 adolescentes sans enfants âgées de 14 à 17 provenant de milieux socio-économiques diversifiés. | <p>Étude quantitative longitudinale (1 temps de mesure par année jusqu'à l'âge de 19 ans);</p> <p>Expérience de maltraitance subie dans l'enfance : accès aux dossiers cliniques d'agences de protection de la jeunesse; Maternité à l'adolescence: accès aux données des registres de naissance.</p> | <p>70 adolescentes ont eu un enfant pendant l'étude, soit 54 ayant subi une expérience de maltraitance dans l'enfance et 16 sans expérience de maltraitance;</p> <p>L'expérience de maltraitance subie dans l'enfance, particulièrement l'abus sexuel et la négligence, contribuerait plus à la maternité à l'adolescence que les facteurs socio-économiques.</p> |
| Paquette, Zoccolillo et Bigras (2007) | Examiner la cooccurrence des différentes formes de maltraitance subie par les mères adolescentes dans leur enfance et la transmission intergénérationnelle de la maltraitance, en fonction des problèmes de santé mentale et du trouble de la | N= 214 adolescentes enceintes âgées en moyenne de 17 ans, majoritairement caucasiennes, dépendantes financièrement: 54 mères issues d'un échantillon dit « clinique », 160 mères issues d'un échantillon dit « école » + | <p>Étude quantitative;</p> <p>Expérience de maltraitance subie dans l'enfance : <i>Childhood Trauma Questionnaire</i> (Bernstein <i>et al.</i>, 1994); Problèmes de santé mentale et trouble de la conduite : critères du DSM-III-R.</p> | <p>Les prévalences et les cooccurrences des cinq formes de maltraitance étudiées sont similaires chez les mères adolescentes « école » et les femmes de la population générale, mais ceci pourrait être expliqué par le fait que les mères adolescentes à l'étude ne sont pas représentatives de l'ensemble des mères adolescentes;</p> |

| | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|---|
| | conduite chez les mères adolescentes. | 280 femmes issues de la population générale. | | La prévalence de la dépression serait associée à la prévalence d'une seule forme de maltraitance, l'abus sexuel, alors que le diagnostic de trouble de la conduite serait associé aux trois formes d'abus, physique, émotionnel et sexuel. |
| Paquette et al. (2001) | Comparer la sensibilité parentale entre des mères adolescentes et des mères adultes. | N= 77 mères adolescentes et 79 mères adultes majoritairement caucasiennes et vivant dans des conditions socio-économiques précaires. | Étude quantitative; Sensibilité parentale : observation et utilisation de la grille <i>CARE-Index</i> (Crittenden, 1988). | Les mères adolescentes seraient 1,5 fois plus à risque que des mères adultes d'entretenir une relation mère-enfant dysfonctionnelle avec leur enfant et de recevoir des services de protection de la jeunesse en lien avec cette particularité; Les mères adolescentes seraient près de deux fois plus à risque que les mères adultes d'utiliser des méthodes éducatives avec un contrôle excessif (traduction libre de <i>Overcontrolling</i>) envers leur enfant, qui se traduisent par de l'intrusion, de la sur-stimulation, ainsi qu'une faible sensibilité parentale; et ce serait cet enjeu qui permettrait d'expliquer la nature dysfonctionnelle de la relation mère-enfant. |
| Pasalich et al. (2016) | Examiner l'association entre l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance des jeunes mères, leur attitudes parentales et les problèmes extériorisés de comportement chez leur enfant. | N= 112 dyades composées d'enfants et de leurs mères adolescentes majoritairement caucasiennes et vivant dans des conditions socio-économiques précaires. | Étude quantitative longitudinale sur 9 ans en 3 temps de mesure; Attachement de l'enfant : <i>Strange Situation</i> (Ainsworth, Blehar, Waters et Wall, 1978); Interactions parent-enfant : <i>Parent–</i> | Les expériences d'abus physique et d'abus sexuel subies dans l'enfance seraient associées au développement d'une relation mère-enfant plus hostile chez les mères adolescentes lorsque comparées à leurs pairs n'ayant pas été maltraitées, en plus de difficultés au plan de l'attachement en âge |

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
| | | | <p><i>Child Interaction Task</i> (Forehand et McMahon, 1981);</p> <p>Disponibilité parentale: <i>Emotional Availability Scales</i> (Biringen, Robinson et Emde, 1994);</p> <p>Problèmes extériorisés de comportement chez l'enfant : <i>Child Behavior Checklist</i> (Achenbach, 1991).</p> | <p>préscolaire et des problèmes extériorisés de comportement en âge scolaire.</p> |
| <p>Pears et Capaldi (2001)</p> | <p>Vérifier l'association entre l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance et l'APPM, en lien avec la présence de problèmes de santé mentale chez le parent, la parentalité précoce, ainsi que le style disciplinaire.</p> | <p>N= 109 parents et leur enfant de sexe masculin provenant de milieux socio-économiques diversifiés.</p> | <p>Étude quantitative longitudinale sur 10 ans en 2 temps de mesure;</p> <p>Contexte psychosocial : <i>Assessing Environments-III Questionnaire</i> (Berger <i>et al.</i>, 1988);</p> <p>Trouble de la personnalité antisociale : <i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</i> (Hathaway et McKinley, 1951);</p> <p>Symptômes dépressifs : <i>The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale</i> (Radloff, 1977).</p> | <p>L'expérience de maltraitance subie dans l'enfance, le style disciplinaire inconstant, la dépression, ainsi que l'ESPT contribueraient au risque accru d'APPM envers l'enfant.</p> |
| <p>Pears, Kim et Fisher (2008)</p> | <p>Identifier différents profils d'expériences de maltraitance chez les enfants.</p> | <p>N= 117 enfants âgés de 3 à 6 ans et placés en centres ou familles d'accueil à la suite d'une expérience de maltraitance subie.</p> | <p>Étude quantitative;</p> <p>Expérience de maltraitance subie dans l'enfance: accès aux dossiers cliniques d'agence de protection de la jeunesse et utilisation du <i>Maltreatment</i></p> | <p>Quatre profils distincts ont été identifiés, soit 1) négligence parentale et abus émotionnel; 2) abus sexuel, abus émotionnel et négligence parentale et physique; 3) abus physique, abus émotionnel et négligence parentale et physique; et 4) abus</p> |

| | | | | |
|-----------------------------|--|--|--|--|
| | | | <p><i>Classification System</i> (Barnett, Manly et Cicchetti, 1993);</p> <p>Développement cognitif : <i>Wechsler Preschool and Primary Scales of Intelligence</i> (Wechsler, 1989);</p> <p>Problèmes de comportement: <i>Early Childhood Inventory</i> (Gadow et Sprafkin, 1994), <i>Child Behavior Checklist</i> (Achenbach, 1991) et <i>Emotion Regulation Checklist</i> (Shields et Cicchetti, 1997).</p> | <p>physique, abus sexuel, abus émotionnel et négligence parentale et physique;</p> <p>Les profils caractérisés par, notamment, de la négligence parentale et physique et/ou de l'abus physique seraient associés à un développement cognitif non optimal;</p> <p>Les profils caractérisés par, notamment, de l'abus sexuel, physique et /ou émotionnel, ainsi que par de la négligence parentale et physique seraient associés à des problèmes extériorisés de comportement;</p> <p>Les profils caractérisés par, notamment, de l'abus sexuel et/ou physique seraient associés à des problèmes intériorisés de comportement.</p> |
| Phipps et al. (2013) | Évaluer une intervention psychosociale axée sur la prévention de la dépression postpartum chez les mères adolescentes. | N= 106 mères adolescentes âgées de 17 ans et moins provenant de milieux socio-économiques diversifiés. | <p>Étude évaluative quantitative longitudinale sur 6 mois en 3 temps de mesure avec groupe contrôle;</p> <p>Dépression : The Structured Clinical Interview for DSM-IV Childhood Diagnoses (Hein et al., 1998).</p> | <p>Une intervention précoce en période prénatale, si elle est structurée, formalisée et intensive, réduirait de moitié le risque que court la mère adolescente de souffrir d'une dépression postpartum;</p> <p>Aucune mère n'avait été diagnostiquée dépressive au moment de la naissance de l'enfant, mais près de 20 % l'ont été six mois plus tard, ce qui suggère que des évaluations tout au long du suivi permettraient de détecter les signes de dépression dès leur apparition.</p> |

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| <p>Putnam-Hornstein <i>et al.</i> (2013)</p> | <p>Étudier la prévalence de services en protection de la jeunesse reçus par les mères adolescentes dans leur enfance.</p> | <p>N= 47 816 mères adolescentes âgées de 12 à 19 ans.</p> | <p>Étude quantitative populationnelle longitudinale sur 5 ans en 2 temps de mesure;</p> <p>Accès aux données de naissances et aux dossiers cliniques d'agences de protection de la jeunesse.</p> | <p>40 % des mères adolescentes qui reçoivent des services pour leur enfant auraient déjà elles-mêmes reçu des services de protection de l'enfance avant de devenir enceintes;</p> <p>Plus de 50 % des adolescentes qui recevaient des services de protection de l'enfance seraient devenues mères avant l'âge de 21 ans;</p> <p>Pendant les cinq premières années de vie de l'enfant né d'une mère adolescente ayant subi une expérience de maltraitance dans l'enfance, celui-ci serait deux fois plus à risque d'être maltraité que ses pairs nés de mères adultes (il n'est pas spécifié si ces mères adultes étaient également victimes de maltraitance);</p> <p>Parmi les adolescentes qui sont devenues mères avant l'âge de 18 ans (pendant qu'elles recevaient toujours des services de protection de l'enfance pour elles-mêmes), le tiers d'entre elles auraient eu un deuxième enfant dans les années qui ont suivies.</p> |
| <p>Putnam-Hornstein <i>et al.</i> (2015)</p> | <p>Examiner les conditions associées à la transmission intergénérationnelle de la maltraitance chez les mères adolescentes.</p> | <p>N= 85 084 mères adolescentes âgées de 15 à 19 ans et leur enfant.</p> | <p>Étude quantitative populationnelle longitudinale sur 5 ans en 2 temps de mesure;</p> <p>Accès aux données de naissances et aux dossiers cliniques d'agences de protection de la jeunesse.</p> | <p>Il existerait une association significative entre le fait d'avoir été maltraité dans l'enfance et l'APPM chez les mères adolescentes;</p> <p>Même après avoir contrôlé différentes variables sociodémographiques susceptibles d'influencer à leur tour l'APPM chez les</p> |

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| | | | | mères adolescentes (notamment, le revenu et l'appartenance ethnique), l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance demeure la variable la plus significativement associée à l'APPM. |
| Raneri et Wisemann (2007) | Examiner les facteurs de risque associés aux grossesses subséquentes chez les mères adolescentes. | N= 581 mères adolescentes âgées de 12 à 18 ans, ayant des origines ethniques diversifiées et vivant dans des conditions socio-économiques précaires. | Étude quantitative longitudinale sur 48 mois en 6 temps de mesure (de 3 à 48 mois postpartum); Estime de soi: <i>Self-Esteem Scale</i> (Rosenberg, 1989); Symptômes dépressifs : <i>Beck Depression Inventory</i> (Volk, Pace et Parchman, 1993). | 42 % des mères avait eu une grossesse subséquentes à 48 mois postpartum, dont 73 % de celles-ci menées à terme; Le désir d'avoir un autre enfant, l'absence d'utilisation de moyens de contraception, la monoparentalité, être plus jeune que le père de l'enfant, être victime de violence conjugale, la non-fréquentation scolaire ainsi qu'un réseau de soutien composé de jeunes parents contribueraient au risque de grossesse subséquente chez les adolescentes. |
| Romano, Zoccolillo et Paquette (2006) | Explorer l'association entre l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance et l'occurrence de problèmes de santé mentale chez des mères adolescentes. | N= 252 adolescentes enceintes, majoritairement caucasiennes, vivant dans des conditions socio-économiques précaires et provenant d'un programme de soutien à la scolarité, de centres d'hébergement ou de cliniques médicales spécialisées en périnatalité chez adolescentes. | Étude quantitative; Expérience de maltraitance subie dans l'enfance: <i>Childhood Trauma Questionnaire</i> (Bernstein <i>et al.</i> , 1994, 1997); Problèmes de santé mentale : <i>Diagnostic Interview Schedule</i> (Helzer and Robins, 1988). | Deux groupes de mères se distinguent, soit un composé de mères ayant subi une expérience de maltraitance (79 %) et un autre composé de mères sans expériences de maltraitance subie (21 %); Il n'y aurait pas d'association significative entre ces groupes et l'occurrence de la dépression; La dépression serait plutôt associée à l'expérience d'abus sexuel subi dans l'enfance qui placerait les mères 2.6 fois plus à risque d'en souffrir; |

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| | | | | La cooccurrence de plusieurs formes de maltraitance subie dans l'enfance et la dépression seraient associés à la présence de troubles de la conduite. |
| Scannapieco et Connell-Carrick (2015) | Examiner les variables écologiques associées à l'APPM chez les mères adolescentes envers leur enfant d'âge préscolaire. | N= 74 familles provenant de contextes variées, mais ayant toutes à leur tête une mère adolescente d'un enfant d'âge préscolaire et ayant été évalué par une agence de protection de la jeunesse. | Étude quantitative; APPM: accès aux dossiers cliniques d'agences de protection de la jeunesse et évaluation selon des critères validés (test de cohérence inter-juges : 92 %). | <p>Les résultats suggèrent que, après évaluation du signalement, les mères qui avaient maltraité leurs enfants auraient elles-mêmes subi de la maltraitance durant leur enfance (principalement, maltraitance sexuelle (58 %) et négligence (67 %));</p> <p>Les mères seraient plus souvent monoparentales, auraient moins d'habiletés et de connaissances parentales (notamment, surestimation du développement des enfants) et elles disposeraient de moins de ressources économiques et matérielles (c.-à-d., faible revenu et isolement);</p> <p>Elles vivraient plus de difficultés psychologiques et auraient un réseau de soutien plus restreint;</p> <p>Elles entretiendraient un lien affectif plus faible avec leurs enfants et auraient des enfants qui présenteraient davantage de besoins particuliers.</p> |
| Schmidt et al. (2006) | Examiner les associations entre l'origine ethnique et la présence de symptômes dépressifs chez les mères adolescentes au cours des quatre premières | N= 623 mères adolescentes, âgées de 18 ans ou moins au moment de donner naissance, d'origines latino-américaine, afro-américaine ou | <p>Étude prospective longitudinale sur 4 ans postpartum en 4 temps de mesure (de 3 à 48 mois postpartum);</p> <p>Symptômes dépressifs: <i>Beck</i></p> | Près de 60 % des répondantes avait présenté des symptômes dépressifs au cours des 4 premières années postpartum et de manière plus intense pendant la première année postpartum; |

| | | | | |
|------------------------------|--|---|--|--|
| | années postpartum. | caucasienne. | <i>Depression Inventory</i> (Volk, Pace, et Parchman 1993). | Les mères caucasiennes seraient plus à risque à risque de présenter des symptômes dépressifs que leurs pairs à 3 mois postpartum et les mères latino-américaines, à 12 et à 24 mois; La présence de symptômes dépressifs à 3 mois postpartum serait associée à la présence de ces mêmes symptômes à 24 mois postpartum pour toutes les mères. |
| Secco et al. (2007) | Évaluer comment les émotions et attitudes maternelles, le réseau de soutien, ainsi que les conditions économiques expliquent l'occurrence de symptômes dépressifs à 4 semaines postpartum chez les mères adolescentes. | N= 78 mères adolescentes, majoritairement caucasiennes et vivant dans des conditions socio-économiques précaires. | Étude quantitative; Émotions et attitudes maternelles: <i>Infant Care Questionnaire</i> (Secco, 2002); Réseau de soutien: <i>Perceived Social Support From Family et Perceived Social Support From Friends</i> (Procidano et Heller, 1983) et <i>Inventory of Socially Supportive Behaviours</i> (Gottlieb, 1978); Symptômes dépressifs: <i>Beck Depression Inventory</i> (Beck et Steer, 1993). | Les perceptions prénatales négatives quant à la parentalité, ainsi que le faible statut socioéconomique prédiraient la présence de symptômes dépressifs, alors que ce ne serait pas le cas pour variables associées au réseau de soutien. |
| Sellers et al. (2011) | Examiner l'association entre la relation grand-mère maternelle et mère adolescente et les pratiques parentales de ces dernières. | N= 181 mères adolescentes afro-américaines vivant dans des conditions socio-économiques précaires. | Étude quantitative longitudinale sur 4 temps de mesure (de la grossesse à 24 mois postpartum); Relation grand-mère maternelle et mère adolescente et relation mère-enfant: observations et <i>Scale of Intergenerational</i> | Les mères adolescentes qui entretiennent une relation harmonieuse avec leur propre mère ressentiraient moins de difficulté à répondre aux besoins affectifs de leur enfant de manière saine et adéquate et seraient moins à risque d'utiliser des méthodes disciplinaires coercitives, voir |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p><i>Relationship Quality</i> (Wakschlag <i>et al.</i>, 1996) et <i>Parent–Child Early Relational Assessment</i> (Clark, 1985); Réseau de soutien: <i>Network of Relationships Inventory</i> (Furman et Buhrmester, 1985); Symptômes dépressifs: <i>Beck Depression Inventory</i> (Beck <i>et al.</i>, 1961).</p> | <p>maltraitantes, envers ce dernier;</p> <p>Dans une relation harmonieuse, la mère de l'adolescente serait stricte au plan de ses directives (sans coercition) tout en permettant à sa fille de se responsabiliser et de développer son autonomie.</p> |
| <p>Smith <i>et al.</i> (2013)</p> | <p>Examiner l'association entre la présence de symptômes dépressifs chez la mère et les problèmes de comportement chez son enfant.</p> | <p>N= 125 dyades composées d'enfants d'âge préscolaire et de leurs mères adolescentes qui sont latino-américaines.</p> | <p>Étude quantitative;</p> <p>Symptômes dépressifs: <i>Depression scale of the Symptom Checklist-90-R</i> (Derogatis, 1994); Comportement de l'enfant: <i>Child Behavior Checklist 1- 5</i> (Achenbach et Rescorla, 2000); Perception du réseau de soutien: <i>Social Support Network Questionnaire</i> (Gee et Rhodes, 2007); Expériences antérieures d'adversité : <i>Life Events Survey</i> (Sarason, Johnson, et Siegel, 1978); Pauvreté matérielle: <i>Economic Strain Questionnaire</i> (Pearlin <i>et al.</i>, 1981).</p> | <p>L'appréciation du soutien reçu offert par le partenaire serait associée à moins de manifestations de troubles intériorisés du comportement chez leurs enfants;</p> <p>La cohabitation serait associée à une meilleure appréciation du soutien offert par le partenaire.</p> |
| <p>Thompson et Neilson (2014)</p> | <p>Examiner les facteurs de risque associés à la parentalité à l'adolescence, notamment l'expérience de</p> | <p>N= 115 adolescentes majoritairement afro-américaines et provenant de milieu socio-économiques</p> | <p>Étude quantitative longitudinale (de la naissance jusqu'à l'âge de 18 ans);</p> <p>Expérience de maltraitance subie</p> | <p>Les facteurs pouvant potentiellement prédire la parentalité à l'adolescence seraient l'expérience de maltraitance subie dans l'enfance (particulièrement la négligence), la présence</p> |

| | | | | |
|--------------------------------|---|--|--|--|
| | maltraitance subie dans l'enfance. | précaires. | dans l'enfance : accès aux dossiers cliniques d'agences de protection de la jeunesse et <i>Trauma Symptom Checklist for Children</i> (Brière, 1996). | de symptômes associés au traumatisme (particulièrement l'anxiété et la dépression), ainsi que l'autoperception du futur (particulièrement ne pas avoir planifié d'études post-secondaires). |
| Tzilos et al. (2012) | Examiner les associations entre la consommation d'alcool et de drogues et la dépression. | N= 116 adolescentes enceintes âgées en moyenne de 16 ans et provenant de milieux socio-économiques diversifiés, mais majoritairement précaires. | Étude quantitative; Symptômes dépressifs: <i>Children's Depression Rating Scale-Revised</i> (Poznanski et al., 1985). | La consommation d'alcool serait associée à l'occurrence de symptômes dépressifs plus sévères; L'expérience de maltraitance subie dans l'enfance serait davantage associée à la manifestation et à la sévérité de symptômes dépressifs chez les jeunes mères que les facteurs socio-économiques; L'expérience d'abus physique ou sexuel serait associée à une sévérité accrue des symptômes dépressifs. |
| Valentino et al. (2012) | Documenter l'APPM chez des groupes de mères adolescentes ayant subi une expérience de maltraitance dans l'enfance et un groupe de mères adolescentes n'en ayant pas subi. | N= 70 dyades composées d'un enfant âgé de 18 ans et de sa mère qui était adolescente (âgée entre 14 et 19 ans) au moment de lui donner naissance; Les participants sont majoritairement afro-américains; L'étude utilise ses données d'une vaste étude longitudinale sur les mères adolescentes (Borkowski et al., | Étude quantitative longitudinale sur 19 ans (du troisième cycle de la grossesse jusqu'à 18 ans postpartum); Expérience de maltraitance subie dans l'enfance par la mère et son enfant: <i>Childhood Trauma Questionnaire</i> (Bernstein et Fink, 1998); Attitudes parentales : <i>Parent Attitude Questionnaire</i> (Bavolek, 1985) et <i>Recent Exposure to Violence scale</i> | L'expérience de maltraitance subi dans l'enfance de la mère, les attitudes parentales peu autoritaires et l'exposition à de la violence au sein de la communauté seraient associés au risque accru d'APPM envers l'enfant. |

| | | | | |
|------------------------------|--|--|---|---|
| | | 2007; Whitman <i>et al.</i> , 2001). | (Singer, Anglin, Song, et Lunghofer, 1995). | |
| Wahn et Nissen (2008) | Comparer les trajectoires de mères adolescentes avec celles de mères adultes au plan des conditions socio-économiques, de la perception de la santé et du réseau de soutien. | N= 597 mères adolescentes suédoises âgées de 15 à 19 ans ayant donné naissance dans un centre hospitalier et 597 mères adultes âgées de 25 à 29 ans provenant de milieux socio-économiques diversifiés. | Étude quantitative; Réseau de soutien: <i>Maternity Social Support Scale</i> (Webster, Linnane et Dibley, 2000); Estime de soi : <i>Self-Esteem Scale</i> (Rosenberg 1965); Symptômes dépressifs: <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> (Cox, Holden et Sagovsky, 1987). | Les mères adolescentes auraient vécu un cumul plus importants d'expériences antérieures d'adversité, auraient une perception plus négative de leur santé, auraient eu plus de difficultés scolaires, recevraient moins de soutien de leur réseau social, auraient une plus faible estime de soi et présenteraient plus de symptômes dépressifs. . |
| Whitson et al. (2011) | Examiner les facteurs de risque et de protection associés à la pauvreté chez les mères adolescentes. | N= 172 mères adolescentes âgées en moyenne de 16.7 ans, majoritairement afro-américaines ou latino-américaines, vivant des conditions socio-économiques précaires (sans emploi, prestataires d'assurance social, dépendantes financièrement de leurs parents). | Étude quantitative; Symptômes dépressifs: <i>Reynolds's Adolescent Depression Survey</i> (Reynolds, 2002); Réseau de soutien : <i>Multidimensional Social of Perceived Social Support</i> (Zimet <i>et al.</i> , 1988); Stress parental : <i>Parenting Stress Index Short Form</i> (Abidin, 1990) ; Risque d'APPM: <i>Brief Child Abuse Potential Inventory</i> (Ondersma <i>et al.</i> , 2005); Développement de l'enfant: <i>Brigance Screens</i> (Glascoe, 2002). | La présence de symptômes dépressifs serait associé au stress parental, au risque d'APPM et aux risques développementaux chez l'enfant accrus. Le risque d'APPM serait également associé à un plus faible réseau de soutien. |

| | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|---|
| Zlotnick <i>et al.</i> (2006) | Évaluer une intervention psychothérapeutique visant à prévenir la dépression postpartum chez un groupe de femmes enceintes. | N= 99 femmes enceintes vivant dans des conditions socio-économiques précaires, à risque de souffrir de dépression postpartum. | Étude évaluative quantitative; Symptômes dépressifs: <i>Beck Depression Inventory</i> (Beck <i>et al.</i> 1961). | Les mères ayant reçu l'intervention psychothérapeutique seraient 5 fois moins à risque de développer une dépression postpartum. |
|--------------------------------------|---|---|---|---|

Note : Les méta-analyses, les revues systématiques, les revues de la littérature, les chapitres de livres, ainsi que les rapports gouvernementaux et de recherche ne sont pas synthétisés dans ce tableau.

Annexe 3 : Analyses comparatives entre les mères du sous-échantillon et celles ayant mis fin à leur participation à l'étude avant le quatrième temps de mesure

| | Moyenne du sous-échantillon | Moyenne des mères ayant abandonné l'étude | <i>p</i> |
|--|-----------------------------|---|---------------|
| Variable « Expérience de maltraitance subie dans l'enfance » | | | |
| Abus émotionnel | 9.48 | 9.33 | 0.777 |
| Abus physique | 7.05 | 7.12 | 0.852 |
| Abus sexuel | 7.39 | 7.96 | 0.215 |
| Négligence émotionnelle | 19.15 | 19.67 | 0.288 |
| Négligence physique | 7.16 | 7.09 | 0.822 |
| Variables mesurées aux trois premiers temps de mesure | | | |
| Âge au début de l'étude | 18.47 | 18.28 | 0.108 |
| Âge lors de la première grossesse | 17.74 | 17.52 | 0.522 |
| Autonomie (prénatale) | 2.94 | 2.93 | 0.178 |
| Sous-estimation du développement de l'enfant (prénatale) | 0.14 | 0.12 | 0.130 |
| Surestimation du développement de l'enfant (prénatale) | 0.1 | 0.09 | 0.170 |
| Détresse psychologique (prénatale) | 50.91 | 53.58 | 0.070 |
| Satisfaction du réseau de soutien (partenaire) (prénatale) | 232.74 | 233.42 | 0.857 |
| Satisfaction du réseau de soutien (autres personnes) (prénatale) | 219.19 | 215.82 | 0.393 |
| Indice d'intensité d'intervention (prénatale) | 0.71 | 0.74 | 0.517 |
| Adéquation des ressources matérielles (5 mois) | 105.6882 | 103.3934 | 0.311 |
| Indice d'insécurité alimentaire (5 mois) | 1.0489 | 1.2088 | 0.374 |
| Dépression postpartum (5 mois) | 6.06 | 5.78 | 0.663 |
| Sensibilité parentale (5 mois) | 1.4057 | 1.3809 | 0.531 |
| Satisfaction du réseau de soutien (partenaire) (5 mois) | 195.13 | 203.86 | 0.059 |
| Satisfaction du réseau de soutien (autres personnes) (5 mois) | 182.6 | 182.56 | 0.993 |
| Alliance parentale avec la grand-mère (5 mois) | 0.7414 | 0.6273 | 0.331 |
| Indice d'intensité postnatale (6 semaines à 7 mois) | 1.13 | 0.94 | 0.037* |

* $p \leq .05$

Annexe 4 : Instruments de mesure utilisés

| Instrument de mesure | Dimension à l'étude | Indice de cohérence interne |
|--|---|---|
| <i>Childhood trauma questionnaire</i> (Bernstein et Fink, 1994, 1998; traduction en français par Paquette <i>et al.</i> , 2004) | Expérience de maltraitance subie dans l'enfance | Abus émotionnel: .87 Abus physique: .87 Abus sexuel: .92 Néglig. émotionnelle: .86 Négligence physique: .74 |
| <i>Radimer/Cornell hunger scale</i> (Kendall, Olson et Frongillo, 1994, tel que cités par Gendron <i>et al.</i> , 2014; traduite par Gendron <i>et al.</i> , 2014) | Sentiment d'insécurité alimentaire | .68 |
| Adéquation des ressources matérielles (Dunst, Trivette et Deal, 1988) | Conditions de pauvreté matérielle à 5 et 17 mois postpartum | 5 mois postpartum : .91 17 mois postpartum : .90 |
| Mesure de manifestations de la détresse psychologique (Massé <i>et al.</i> , 1998) | Détresse psychologique prénatale et à 17 mois postpartum | Prénatale : .57 17 mois postpartum : .95 |
| Inventaire sur l'alliance parentale (Abidin et Brunner, 1995, tel que cités par Gendron <i>et al.</i> , 2014; traduite par Gendron <i>et al.</i> , 2014) | Alliance parentale avec conjoint et mère | Conjoint : .96 Mère : .95 |
| Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (Cox, Holden et Sagovsky, 1987) | Dépression à 5 mois postpartum | .47 |
| Inventaire des comportements de soutien (Brown, 1986a, 1986b; traduction en français par Goulet <i>et al.</i> , 2003) | Satisfaction du réseau de soutien (partenaire entourage) en prénatal et à 5 et 17 mois postpartum | Soutien partenaire, prénatal: .97 Soutien entourage, prénatal: .97 Soutien partenaire, 5 mois postpartum: .97 Soutien entourage, 5 mois postpartum: .98 Soutien partenaire, 17 mois postpartum: .97 Soutien entourage, 17 mois postpartum: .98 |
| Mesure de l'autonomie de l'adolescent (Deslandes, Potvin et Leclerc, 1997) | Sentiment d'indépendance, d'autonomie et d'estime de soi en période prénatale | .75 |
| Inventaire des connaissances du développement (MacPhee, 1981, 2002) | Connaissances et croyances sur le développement de l'enfant en période prénatale | .80 |

Instruments de mesure utilisés (suite)

| Instrument de mesure | Dimension à l'étude | Indice de cohérence interne |
|--|---|---|
| Inventaire du stress parental – forme brève (Abidin, 1995) | Interactions parent-enfant dysfonctionnelles et détresse parentale à 17 mois postpartum | Dysfonction interaction parent-enfant: .80 Détresse parentale: .85 |
| Échelle de sensibilité parentale (Bell, 2008) | Sensibilité parentale à 5 mois postpartum | .85 |

Annexe 5 : *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ, Bernstein et Fink, 1998)

La page suivante porte sur ton expérience de vie pendant ton enfance et ton adolescence. Ces questions peuvent être difficiles.

TE

Durant mon enfance et mon adolescence...

| | Jamais | Rarement | Quelque fois | Souvent | Très souvent |
|--|--------|----------|--------------|---------|--------------|
| 1. J'ai manqué de nourriture. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Il y avait quelqu'un pour prendre soin de moi et me protéger. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Les membres de ma famille me traitaient de « stupide », « paresseuse » ou « laide ». | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Il y a un membre de ma famille qui m'a aidé à me faire sentir importante ou spéciale. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. J'ai dû porter des vêtements sales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Je me sentais aimée. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. J'ai eu le sentiment que mes parents n'avaient pas désiré ma naissance. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. J'ai été frappée par un membre de ma famille à un point tel que j'ai dû voir un médecin ou aller à l'hôpital. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. J'ai été frappée par un membre de ma famille au point d'en avoir des bleus ou des marques. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. J'ai été punie avec une ceinture, un bâton ou tout autre objet. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Il n'y avait rien que j'aurais voulu changer dans ma famille. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Mes parents étaient trop ivres ou drogués pour prendre soin des enfants. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Il y avait beaucoup d'entraide entre les membres de ma famille. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Les membres de ma famille me disaient des choses blessantes ou insultantes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Je me sentais être abusée physiquement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. J'ai été frappée ou battue au point qu'un professeur, un voisin ou un médecin s'en soit aperçu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Je sentais qu'il y avait un membre de ma famille qui me haïssait. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Les membres de ma famille étaient proches les uns des autres. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Quelqu'un a tenté de me faire des attouchements sexuels ou tenté de m'amener à poser de tels gestes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Quelqu'un m'a menacé de blessures ou de mentir sur mon compte afin que j'aie des contacts sexuels avec lui/elle. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. J'ai eu une enfance parfaite. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Quelqu'un a essayé de me faire poser des gestes sexuels ou de me faire voir des choses sexuelles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. J'ai été maltraitée. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Je me sentais être abusée émotionnellement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Il y avait quelqu'un pour m'amener consulter un médecin lorsque nécessaire. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. J'avais la meilleure famille au monde. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Je me sentais être abusée sexuellement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Ma famille était une source de force et de soutien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Annexe 6 : Points de césure pour les classifications du CTQ

| Classification de la sévérité de l'expérience de maltraitance | | | | |
|---|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Formes de maltraitance | Aucune (à Faible) | Faible (à Modérée) | Modérée (à Sévère) | Sévère (à Extrême) |
| Abus Émotionnel | 5-8 | 9-12 | 13-15 | ≥ 16 |
| Abus Physique | 5-7 | 8-9 | 10-12 | ≥ 13 |
| Abus Sexuel | 5 | 6-7 | 8-12 | ≥ 13 |
| Négligence Émotionnelle | 5-9 | 10-14 | 15-17 | ≥ 18 |
| Négligence Physique | 5-7 | 8-9 | 10-12 | ≥ 13 |

(Bernstein et Fink, 1998)

Annexe 7 : Échelle d'insécurité alimentaire (Kendall, Olson et Frongillo, 1994; traduite par Gendron *et al.*, 2014)

Les questions suivantes ont trait à ta situation de vie par rapport à l'alimentation et ton accès au téléphone et à du transport.

| CDV | À QUEL POINT ES-TU EN ACCORD AVEC CHACUN DES ÉNONCÉS SUIVANTS AU SUJET DE TA SITUATION? | SOUVENT VRAI | PARFOIS VRAI | JAMAIS VRAI |
|-----|---|--------------|--------------|-------------|
| | | | | |
| | 30. Je m'inquiète de savoir si la quantité de nourriture sera suffisante avant d'avoir de l'argent pour en racheter. | 1 | 2 | 0 |
| | 31. La nourriture que j'avais achetée n'a pas duré et je n'avais pas d'argent pour en acheter plus. | 1 | 2 | 0 |
| | 32. Nous mangeons la même chose plusieurs jours de suite parce que nous n'avons que quelques aliments sous la main et nous n'avons pas d'argent pour en racheter. | 1 | 2 | 0 |
| | 33. Je mange moins que je ne le devrais parce que je n'ai pas assez d'argent pour la nourriture. | 1 | 2 | 0 |
| | 34. Je n'ai pas les moyens de manger équilibré. | 1 | 2 | 0 |
| | 35. Je ne peux pas donner à mon ou mes enfants des repas équilibrés, car je n'en ai pas les moyens. | 1 | 2 | 0 |
| | 36. Mon ou mes enfants ne mangent pas suffisamment, car je n'en ai pas les moyens. | 1 | 2 | 0 |

Annexe 8 : Échelle d'Adéquation des ressources matérielles (Dunst, Trivette et Deal, 1988)

CDV

On va maintenant parler de tes conditions de vie dans la dernière année. Je vais te donner une liste de besoins. Dis-moi pour chaque besoin si ce besoin a été a été jamais, parfois, souvent, ou presque toujours satisfait dans la dernière année?

Le besoin X, est-ce qu'il a été jamais, parfois, souvent, ou presque toujours satisfait dans la dernière année?

| | Jamais | Parfois | Souvent | Presque toujours |
|--|--------|---------|---------|------------------|
| 1. La nourriture pour les repas quotidiens. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Une maison ou un appartement. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. L'argent pour acheter des choses indispensables (papier de toilette, savon, couches, etc.). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Des vêtements pour la famille. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Le chauffage pour ta maison ou ton appartement. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. La plomberie intérieure/l'eau. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. L'argent pour payer les factures mensuelles. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Un emploi pour toi-même ou ton partenaire. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Les soins médicaux pour ta famille. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. L'aide gouvernementale (aide sociale, assurance-emploi, etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. De l'argent pour les médicaments pour ta famille. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Un moyen de transport ou un accès aux transports (auto, vélo, autobus, métro). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Du temps pour dormir/se reposer. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Des meubles pour ta maison ou ton appartement. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Du temps pour chacun. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Du temps pour être en famille. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Du temps pour être avec tes enfants. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Du temps pour être avec ton partenaire ou tes amis intimes. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Le téléphone ou l'accès à un téléphone. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Des gardiennes pour ton ou tes enfants. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Des services de garde pour ton ou tes enfants. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. De l'argent pour acheter de l'équipement et du matériel prescrit mais qui n'est pas remboursé (lait spécial, nourriture particulière, lunettes, broches, etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 |

CDV

Dis-moi, pour chacune des choses, si ta situation depuis la naissance de ton bébé est satisfaisante :

| | Jamais | Parfois | Souvent | Presque toujours |
|---|--------|---------|---------|------------------|
| 23. Des soins dentaires pour ta famille | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Quelqu'un à qui parler. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Du temps pour rencontrer des gens. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Du temps pour se garder en forme et bien paraître (se faire belle) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Des jouets pour ton ou tes enfants. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. De l'argent pour acheter des choses pour chaque membre de la famille. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. De l'argent pour t'acheter des choses à toi. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. De l'argent pour épargner. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Des voyages ou vacances. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. De l'argent pour des sorties. | 1 | 2 | 3 | 4 |

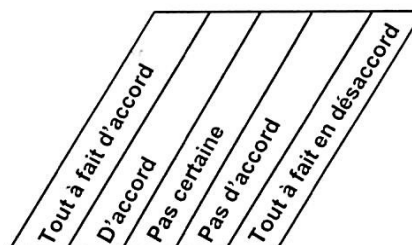
Annexe 9 : Inventaire sur l'alliance parentale (Abidin et Brunner, 1995; traduite et adaptée par Gendron *et al.*, 2014)

IAP (mère)

EST-CE QUE TA MÈRE S'OCCUPE DE TON BÉBÉ AVEC TOI?

N/A : ☐ (0)

SI OUI : INDIQUE CE QUI CORRESPOND LE MIEUX À CE QUE TU VIS EN CE MOMENT PAR RAPPORT À TON RÔLE DE PARENT :



| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Ma mère aime être seule avec mon enfant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Durant la grossesse, ma mère semblait être confiante que je serais un bon parent. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Quand il y a un problème avec mon enfant, nous cherchons ensemble la bonne solution. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Ma mère et moi communiquons bien ensemble à propos de mon enfant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Ma mère est prête à faire des sacrifices personnels pour aider à s'occuper de mon enfant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Je suis disposée à parler de notre bébé avec ma mère | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Ma mère offre beaucoup d'attention à mon enfant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Ma mère et moi sommes d'accord sur ce qui doit être permis ou non à mon enfant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Je me sens proche de ma mère quand je la vois jouer avec mon enfant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Ma mère sait bien s'occuper des enfants. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Ma mère et moi formons une bonne équipe. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Ma mère pense que je suis un bon parent. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Je pense que ma mère est un bon parent. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Ma mère facilite ma tâche de parent. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Ma mère voit mon enfant de la même façon que moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Ma mère et moi décrivons mon enfant de la même façon. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Si mon bébé doit être puni, ma mère et moi sommes habituellement d'accord sur le type de punition. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Je fais confiance au jugement de ma mère au sujet de ce qui est bon pour mon enfant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Ma mère me dit que je suis un bon parent | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Ma mère et moi avons les mêmes objectifs pour mon enfant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Annexe 10 : Inventaire des comportements de soutien (Brown, 1986a; 1986b, traduite par Goulet *et al.*, 2003)

ICS-PN

Les questions suivantes portent sur ta satisfaction par rapport au soutien, au réconfort ou à l'aide que tu reçois des personnes autour de toi et de ton partenaire.

Es-tu satisfaite du nombre de fois que les personnes de ton entourage et ton partenaire, s'il y a lieu, font les actions suivantes pour toi ?

| | Autres personnes | | | | | | Partenaire | | | | | |
|---|------------------|---------------------|--------------------------------|-------------------|------------|-----------------|--------------|---------------------|--------------------------------|-------------------|------------|-----------------|
| | Insatisfaite | Plutôt insatisfaite | Ni satisfaite/ ni insatisfaite | Plutôt satisfaite | Satisfaite | Très satisfaite | Insatisfaite | Plutôt insatisfaite | Ni satisfaite/ ni insatisfaite | Plutôt satisfaite | Satisfaite | Très satisfaite |
| 1. S'efforce pour faire des choses spéciales pour moi ou pour me rendre service. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Passe du temps avec quelqu'un qui vit ou a vécu une expérience semblable de grossesse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Aide à organiser la maison et à préparer les choses pour l'arrivée du bébé. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Comprend mes inquiétudes au sujet des changements que le bébé apportera dans notre relation et notre façon de vivre. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Me touche pour me démontrer qu'il(elle) s'occupe de moi ou m'aime. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. M'aide à garder un bon moral pendant cette grossesse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Me fait savoir que je suis importante pendant cette grossesse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. S'intéresse à cette grossesse et au bébé. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. M'aide quand je suis rendue au bout de ma corde. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Participe aux activités reliées à la grossesse (visites chez le médecin, cours prénataux). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. S'intéresse à mes problèmes et à mes activités quotidiennes (autres que ceux se rapportant à la grossesse). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. M'aide à faire face à mes peurs au sujet de la possibilité d'avoir un enfant malade ou anormal. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Est accommodant quand je veux me défouler. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. M'encourage à prendre soin de moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. M'aide à faire ce qui doit être fait. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Passe du temps avec quelqu'un qui se sent bien à l'idée d'avoir un enfant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Me fait savoir que, malgré les ennuis, cette grossesse en vaut la peine. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. M'aide avec les tâches, les courses ou les travaux domestiques pendant ma grossesse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Me renseigne sur ce à quoi m'attendre pendant la grossesse ou comme parent. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Me rassure que je serai un bon parent pour le bébé. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. Me permet de discuter de choses personnelles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. Me rassure que je suis attrayante (jolie). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. M'aide à apprendre des trucs pour être en santé. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

ICS-PN

Autres personnes

Partenaire

Es-tu satisfaite du nombre de fois que les personnes de ton entourage et ton partenaire, s'il y a lieu, font les actions suivantes pour toi ?

| | Insatisfaite | Plutôt insatisfaite | Ni satisfaite/ ni insatisfaite | Plutôt satisfaite | Satisfaite | Très satisfaite | | Insatisfaite | Plutôt insatisfaite | Ni satisfaite/ ni insatisfaite | Plutôt satisfaite | Satisfaite | Très satisfaite |
|---|--------------|---------------------|--------------------------------|-------------------|------------|-----------------|--|--------------|---------------------|--------------------------------|-------------------|------------|-----------------|
| 24. Me fait sentir que nous partageons cette grossesse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. Me rassure qu'une fois le bébé arrivé, nous pourrons arriver financièrement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26. Accepte mes heures et mon horaire de travail. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27. Me fait voir qu'il(elle) apprécie ce que je fais pour lui/elle/eux. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28. Supporte mes sautes d'humeur et mes comportements inhabituels. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29. Est patient-e et compréhensif-compréhensive face aux changements dans notre vie sexuelle pendant cette grossesse. | N/A | | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30. M'encourage à faire ce que je prends plaisir à faire. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31. M'aide en me permettant de comparer mes pensées et mes sentiments d'être parent avec les siens/leurs. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32. M'aide à prendre des décisions. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 33. Me fait savoir qu'il(elle) a besoin de moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 34. M'aide à faire face à mes peurs concernant les risques physiques de la grossesse et de l'accouchement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 35. Me prend au sérieux quand j'ai des inquiétudes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 36. Me dit des choses qui rendent ma situation plus claire et facile à comprendre. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 37. Me réconforte en me démontrant de la tendresse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 38. Me renseigne ou conseille sur comment faire certaines choses. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 39. M'aide à évaluer mes attitudes et mes capacités en jouant le rôle de quelqu'un dans une situation semblable. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 40. Me rassure qu'il(elle) sera disponible si j'ai besoin d'aide. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 41. Me donne ses commentaires sur la façon dont je m'adapte à cette grossesse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 42. M'explique à quoi je dois m'attendre des situations qui sont à venir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 43. Est prêt-e à m'accorder des faveurs. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 44. Me gâte si je suis fatiguée ou si je ne me sens pas bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 45. Me rassure en disant qu'un accouchement est un événement naturel et que les gens survivent. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

ICS-Version Abrégée

Les questions suivantes portent sur ta satisfaction par rapport au soutien, au réconfort ou à l'aide que tu reçois des personnes autour de toi.

Es-tu satisfaite du nombre de fois que les personnes de ton entourage et ton partenaire, s'il y a lieu, font les actions suivantes pour toi?

| | Autres personnes | | | | | | Partenaire | | | | | |
|--|------------------|---------------------|--------------------------------|-------------------|------------|-----------------|--------------|---------------------|--------------------------------|-------------------|------------|-----------------|
| | Insatisfaite | Plutôt insatisfaite | Ni satisfaite/ ni insatisfaite | Plutôt satisfaite | Satisfaite | Très satisfaite | Insatisfaite | Plutôt insatisfaite | Ni satisfaite/ ni insatisfaite | Plutôt satisfaite | Satisfaite | Très satisfaite |
| 1. Partage des expériences semblables aux miennes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. M'aide à garder un bon moral. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. M'aide quand je suis rendue au bout de ma corde. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. S'intéresse à mes problèmes et à mes activités quotidiennes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. S'efforce pour faire des choses spéciales pour moi ou pour me rendre service. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Me permet de discuter de choses personnelles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Me fait voir qu'il/elle apprécie ce que je fais pour lui/elle. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Supporte mes sautes d'humeur et mes comportements inhabituels. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Me prend au sérieux quand j'ai des inquiétudes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Me dit des choses qui rendent ma situation plus claire et facile à comprendre. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Me rassure qu'il/elle sera disponible si j'ai besoin d'aide. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Annexe 11 : Échelle d'autonomie de l'adolescent (Deslandes, Potvin et Leclerc, 1999)

Les questions suivantes portent sur la manière dont tu te perçois, comme personne, ou face à des situations.

| EAA | | | | |
|---|----------------------|------------------|---------------------|--------------------------|
| Qu'est-ce qui rejoint le plus ce que tu penses ? | | | | |
| | Tout à fait d'accord | Plutôt en accord | Plutôt en désaccord | Tout à fait en désaccord |
| 1. Un travail difficile n'est jamais agréable. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Si quelque chose de plus intéressant survient, j'interromps habituellement le travail que je suis en train de faire. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Quand un travail est beaucoup plus difficile que ce qu'on m'avait dit, je n'ai pas l'impression d'être obligée de le faire parfaitement. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Il m'est facile d'achever un travail qui prend beaucoup de temps. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Je n'aime pas l'admettre, mais j'abandonne quand ça ne va pas bien. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Souvent, je ne finis pas le travail le plus important parce que je passe trop de temps sur d'autre chose. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Je prends rarement du retard dans mon travail. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. J'ai tendance à aller d'une chose à une autre avant de les finir. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Souvent, je ne finis pas le travail commencé. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Souvent, je ne finis pas mon travail si les émissions de télévision sont intéressantes le soir. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Je n'aime pas parler de mes idées sur la religion quand je sais que les autres ne seront pas d'accord avec moi. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Ça ne sert à rien de décider de mon avenir parce que ça ne dépend pas juste de moi. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Si je n'ai pas été choisie comme leader, je ne devrais pas suggérer comment les choses doivent être faites. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Dans un groupe, je préfère laisser les autres gens prendre des décisions. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Je ne peux pas m'attendre à réussir si j'ai eu une enfance difficile. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. La plupart des choses qui m'arrivent sont dues au hasard. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. La raison principale pour laquelle je ne réussis pas est que je suis une personne malchanceuse. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Lorsque je réussis, c'est habituellement grâce à moi. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Je me sens très inconfortable quand je ne suis pas d'accord avec ce que pensent mes ami-e-s. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Il est mieux d'être d'accord avec les autres plutôt que de dire ce qu'on pense réellement, si ça peut aider à garder la paix. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Je suis quelqu'un qui ne peut rien faire de bien. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Je ne peux pas vraiment dire ce qui m'intéresse. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Je ne peux pas penser à aucun travail que j'aimerais beaucoup faire. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Ma vie est intéressante. | 1 | 2 | 3 | 4 |

EAA

Qu'est-ce qui rejoint le plus ce que tu penses ?

| | Tout à fait d'accord | Plutôt en accord | Plutôt en désaccord | Tout à fait en désaccord |
|--|-------------------------|---------------------|------------------------|-----------------------------|
| 25. Je suis capable de garder mes ami-e-s très longtemps. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. J'agis souvent comme quelqu'un que je ne suis pas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Je ne sais jamais ce que je vais faire d'avance. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Je change tellement ma façon d'agir et de penser que je me demande parfois qui je suis réellement. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Personne ne sait qui je suis réellement. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Je me sens réellement aimée et acceptée. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Annexe 12 : Échelle de mesure de manifestations de la détresse psychologique (Massé *et al.*, 2004; traduite par Paquette *et al.*, 2004)

Voici la dernière partie du questionnaire. Il s'agit de dire comment tu t'es sentie au cours du dernier mois, que tu te sois sentie bien ou moins bien.

ÉMM / BEP-DP

Au cours du dernier mois :

| | Jamais | Rarement | La moitié du temps | Fréquemment | Presque toujours |
|---|--------|----------|--------------------|-------------|------------------|
| 1. Je me suis sentie en confiance. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. J'étais satisfaite de mes réalisations, j'étais fière de moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. J'ai été agressive pour tout et pour rien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. J'ai été fonceuse, j'ai entrepris plein de choses. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. J'ai eu l'impression d'avoir gâché ma vie. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. J'ai eu tendance à m'isoler, à me couper du monde. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Je me suis sentie équilibrée émotionnellement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. J'ai eu de la difficulté à faire face à mes problèmes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Je me suis sentie aimée et appréciée. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. J'avais des buts, des ambitions. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. J'ai eu le goût de m'amuser, de faire du sport, de pratiquer mes loisirs et activités préférés. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. J'étais facilement irritable, je réagissais plutôt mal, avec colère, aux commentaires qu'on me faisait. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Je n'avais plus le goût de faire quoi que ce soit. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Je me suis sentie utile. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. J'ai été en conflit avec mon entourage. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Je me suis dévalorisée, je me suis diminuée. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. J'ai eu envie de tout lâcher, de tout abandonner. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. J'avais facilement un beau sourire. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. J'ai eu l'impression que personne ne m'aimait. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. J'ai été égale à moi-même, naturelle, en toutes circonstances. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Je me suis sentie triste. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. J'avais une bonne écoute pour mes ami-e-s. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. J'étais curieuse, je m'intéressais à toutes sortes de choses. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. J'ai manqué de confiance en moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. J'ai été arrogante et même « bête » avec le monde. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. J'ai pu faire la part des choses lorsque j'ai été confrontée à des situations complexes (difficiles). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ÉMM / BEP-DP

Au cours du dernier mois :

| | Jamais | Rarement | La moitié du temps | Fréquemment | Presque toujours |
|--|--------|----------|--------------------|-------------|------------------|
| 27. J'ai trouvé la vie excitante et j'ai eu envie d'en profiter. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Ma vie était bien équilibrée entre mes activités personnelles, familiales et professionnelles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Je me suis sentie préoccupée, anxieuse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. J'ai été en bons termes avec mon entourage. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. J'ai perdu patience. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. J'ai facilement trouvé des solutions à mes problèmes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. J'étais plutôt calme, posée. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Je me suis sentie déprimée ou « down ». | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. J'ai manqué d'initiative en général, j'ai été moins fonceuse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. J'ai eu le sentiment d'être inutile. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. J'ai vécu avec modération, en évitant de tomber dans les excès. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. Je me suis sentie désintéressée par les choses qui habituellement m'intéressent. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. J'ai eu l'impression de vraiment jouir de la vie. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. J'avais beaucoup d'humour, je faisais facilement rire mes ami-e-s. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41. Je me suis sentie mal dans ma peau. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42. Je me suis sentie stressée, sous pression. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43. J'ai su affronter positivement des situations difficiles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44. Je me suis sentie en santé, en pleine forme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45. J'ai eu tendance à être moins réceptive aux idées ou aux opinions des autres. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 46. J'ai eu des difficultés à me concentrer sur quoi que ce soit. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 47. J'étais bien dans ma peau, en paix avec moi-même. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 48. J'avais un bon moral. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ÉMMDP

Dans cette partie du questionnaire, il s'agit de dire comment tu t'es sentie au cours du dernier mois.

| | JAMAIS | RAREMENT | LA MOITIÉ DU TEMPS | FRÉQUEM -MENT | PRESQUE TOUJOURS |
|--|--------|----------|-----------------------|------------------|---------------------|
| 1. J'ai été agressive pour tout et pour rien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. J'ai eu l'impression d'avoir gâché ma vie. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. J'ai eu tendance à m'isoler, à me couper du monde. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. J'ai eu de la difficulté à faire face à mes problèmes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. J'étais facilement irritable, je réagissais plutôt mal, avec colère, aux commentaires qu'on me faisait. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Je n'avais plus le goût de faire quoi que ce soit. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. J'ai été en conflit avec mon entourage. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Je me suis dévalorisée, je me suis diminuée. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. J'ai eu envie de tout lâcher, de tout abandonner. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. J'ai eu l'impression que personne ne m'aimait. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Je me suis sentie triste. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. J'ai manqué de confiance en moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. J'ai été arrogante et même « bête » avec le monde. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Je me suis sentie préoccupée, anxieuse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. J'ai perdu patience. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Je me suis sentie déprimée ou « down ». | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. J'ai manqué d'initiative en général, j'ai été moins fonceuse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. J'ai eu le sentiment d'être inutile. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Je me suis sentie désintéressée par les choses qui habituellement m'intéressent. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Je me suis sentie mal dans ma peau. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Je me suis sentie stressée, sous pression. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. J'ai eu tendance à être moins réceptive aux idées ou aux opinions des autres. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. J'ai eu des difficultés à me concentrer sur quoi que ce soit. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Annexe 13 : Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg (Cox, Holden et Sagovsky, 1987; traduite par Séguin *et al.*, 1983; adaptée par Martin et Boyer, 1995)

EPDS

Dans cette partie du questionnaire, il s'agit de dire comment tu t'es sentie au cours des 7 derniers jours- que tu te sois sentie bien ou moins bien.

| | |
|---|------------------------------|
| 1. J'ai été capable de rire et voir le côté drôle des choses : | |
| Autant qu'auparavant | <input type="checkbox"/> (1) |
| Pas vraiment autant qu'auparavant | <input type="checkbox"/> (2) |
| Certainement pas autant qu'auparavant | <input type="checkbox"/> (3) |
| Pas du tout | <input type="checkbox"/> (4) |
| 2. Certaines personnes sont plus ou moins intéressées à la vie, mais moi, j'avais vraiment hâte de voir ce qui allait se passer dans les jours à venir: | |
| Autant que d'habitude | <input type="checkbox"/> (1) |
| Un peu moins que d'habitude | <input type="checkbox"/> (2) |
| Certainement moins que d'habitude | <input type="checkbox"/> (3) |
| Presque pas | <input type="checkbox"/> (4) |
| 3. Je me suis blâmée sans raison quand les choses ont mal tourné: | |
| Oui, la plupart du temps | <input type="checkbox"/> (1) |
| Oui, parfois | <input type="checkbox"/> (2) |
| Pas très souvent | <input type="checkbox"/> (3) |
| Non, jamais | <input type="checkbox"/> (4) |
| 4. J'ai été anxieuse ou inquiète sans bonne raison: | |
| Non, pas du tout | <input type="checkbox"/> (1) |
| Presque jamais | <input type="checkbox"/> (2) |
| Oui, parfois | <input type="checkbox"/> (3) |
| Oui, très souvent | <input type="checkbox"/> (4) |
| 5. J'ai ressenti de la peur ou de la panique sans avoir une très bonne raison: | |
| Oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> (1) |
| Oui, parfois | <input type="checkbox"/> (2) |
| Non, pas beaucoup | <input type="checkbox"/> (3) |
| Non, pas du tout | <input type="checkbox"/> (4) |
| 6. Je me suis sentie dépassée par les événements: | |
| Oui, la plupart du temps je n'ai pas été capable de m'organiser | <input type="checkbox"/> (1) |
| Oui, parfois j'ai eu plus de difficulté que d'habitude à m'organiser | <input type="checkbox"/> (2) |
| Non, la plupart du temps je me suis assez bien organisée | <input type="checkbox"/> (3) |
| Non, je me suis aussi bien organisée que d'habitude | <input type="checkbox"/> (4) |
| 7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu de la difficulté à dormir: | |
| Oui, la plupart du temps | <input type="checkbox"/> (1) |
| Oui, parfois | <input type="checkbox"/> (2) |
| Pas très souvent | <input type="checkbox"/> (3) |
| Non, pas du tout | <input type="checkbox"/> (4) |

© Cox, J.L., Holden, J.M. & Sagovsky, R. (1987); Traduit et adapté par Séguin, L., et al., 1993; Adaptation québécoise par Martin, C., & Boyer, G. (1995)

Comment tu t'es sentie au cours des 7 derniers jours

| | |
|--|------------------------------|
| 8. Je me suis sentie triste ou « j'avais les bleus »: | |
| Oui, la plupart du temps | <input type="checkbox"/> (1) |
| Oui, assez souvent | <input type="checkbox"/> (2) |
| Pas très souvent | <input type="checkbox"/> (3) |
| Non, pas du tout | <input type="checkbox"/> (4) |
| 9. J'ai été tellement malheureuse que je pleurais: | |
| Oui, la plupart du temps | <input type="checkbox"/> (1) |
| Oui, assez souvent | <input type="checkbox"/> (2) |
| Pas très souvent | <input type="checkbox"/> (3) |
| Non, pas du tout | <input type="checkbox"/> (4) |
| 10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal: | |
| Oui, très souvent | <input type="checkbox"/> (1) |
| Parfois | <input type="checkbox"/> (2) |
| Presque jamais | <input type="checkbox"/> (3) |
| Jamais | <input type="checkbox"/> (4) |

Annexe 14 : Échelle de sensibilité parentale (Bell, St-Cyr Tribble et Paul, 2001)

ESP

Pour mieux connaître la relation que vivent les mères avec leurs bébés, je te présente une série de phrases.

DIS-MOI QU'EST-CE QUI CORRESPOND LE MIEUX À CE QUE TU VIS EN CE MOMENT AVEC TON BÉBÉ?

| | Tout à fait d'accord | D'accord | Assez d'accord | Pas d'accord | Tout à fait en désaccord |
|---|----------------------|----------|----------------|--------------|--------------------------|
| 1. J'évite de trop prendre mon bébé de peur de le gêner. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Il m'arrive souvent d'être émerveillée par mon bébé. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Je parle beaucoup à mon bébé. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Mon bébé et moi nous nous regardons souvent les yeux dans les yeux. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Je sais quand mon bébé a besoin d'attention. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Mon bébé est généralement de bonne humeur. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Je parle souvent de mon bébé aux membres de ma famille / à mes amies. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Mon bébé se sent en sécurité avec moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Je prends souvent mon bébé pour l'endormir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Je n'étais pas faite pour être mère. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Je me sens dépassée (débordée) dans mon rôle de mère. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Il m'arrive souvent de prendre mon bébé juste pour le plaisir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Je fais de mon mieux avec mon bébé et il semble bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Mon bébé essaie d'imiter les sons que je fais. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Il m'arrive de regarder longuement mon bébé même lorsqu'il dort. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. J'ai tendance à caresser mon bébé. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Je m'adapte bien à mon rôle de mère. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Même si je suis occupée à faire autre chose, je reste attentive à mon bébé. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Je pense que je suis une bonne mère pour mon bébé. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Lorsque mon bébé chigne, il est facile pour moi d'identifier ce qu'il veut. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Mon bébé se colle sur moi lorsque je le prends. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Lorsque je parle à mon bébé, il me regarde et il me sourit. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Mon bébé communique avec moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. En présence de mon bébé, je me sens joyeuse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Je trouve ça dur que mon bébé soit si dépendant de moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ESP

DIS-MOI QU'EST-CE QUI CORRESPOND LE MIEUX À CE QUE TU VIS
EN CE MOMENT AVEC TON BÉBÉ?

| | Tout à fait d'accord | D'accord | Assez d'accord | Pas d'accord | Tout à fait en désaccord |
|--|----------------------|----------|----------------|--------------|--------------------------|
| 26. Je passe beaucoup de temps à regarder mon bébé. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Mon bébé est irritable (facilement grognon ou colérique). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Je me sens plus triste depuis la naissance de mon bébé. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. J'arrive à calmer rapidement mon bébé. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. La plupart du temps, je comprends ce que mon bébé veut. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Quand mon bébé fait des petits sons, je jase avec lui. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. J'arrive la plupart du temps à consoler mon bébé. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Être mère est la plus belle chose qui m'est arrivée dans la vie. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Annexe 15 : Indice de stress parental version abrégée (Abidin, 1995; traduite par Bell, St-Cyr Tribble et Paul, 2001)

ISP

Pour répondre aux questions suivantes, encercle la réponse qui se rapproche le plus de ce que tu ressens. Il est possible que la réponse ne reflète pas exactement ta pensée, mais choisis tout de même celle qui se rapproche le plus de ton expérience.

Choisis la première réponse qui te vient à l'esprit. Indique le degré avec lequel tu es en accord ou en désaccord avec chaque énoncé. Si tu n'es pas certaine, choisis le numéro 3

| | Vraiment en désaccord | Pas d'accord | Pas certaine | D'accord | Vraiment d'accord |
|--|-----------------------|--------------|--------------|----------|-------------------|
| 1. J'ai souvent l'impression que je n'arrive pas à prendre très bien les choses en main. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Je trouve que je sacrifie plus ma vie à répondre aux besoins de mes enfants que je m'y attendais. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Je me sens prise au piège par mes responsabilités de parent. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Depuis l'arrivée de cet enfant, j'ai été incapable de faire des choses nouvelles et différentes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Depuis que j'ai un enfant, j'ai l'impression de ne presque jamais pouvoir faire les choses que j'aime. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Je n'aime pas les derniers vêtements que je me suis achetée. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Il y a un bon nombre de choses qui me préoccupent à propos de ma vie. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Le fait d'avoir un enfant m'a causé plus de problèmes que prévu dans ma relation avec mon(ma) partenaire. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Je me sens seule et sans ami-e. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Quand je vais à une soirée, je ne m'attends généralement pas à m'amuser. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Les gens ne m'intéressent pas autant qu'avant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Je ne trouve pas les choses aussi agréables qu'avant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Mon enfant fait rarement des choses à mon égard qui me font sentir bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Parfois, j'ai l'impression que mon enfant ne m'aime pas et ne veut pas être près de moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Mon enfant me sourit beaucoup moins que je m'y attendais. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Quand je fais des choses pour mon enfant, j'ai l'impression que mes efforts ne sont pas très appréciés. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Quand il joue, mon enfant ne rit pas souvent. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Mon enfant ne semble pas apprendre aussi vite que la plupart des enfants. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Mon enfant ne semble pas sourire autant que la plupart des enfants. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Mon enfant n'est pas capable de faire autant de choses que je m'y attendais. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Cela prend du temps et c'est très difficile pour mon enfant de s'habituer à de nouvelles choses. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Je m'attendais à avoir des rapports plus étroits et plus chaleureux avec mon enfant que ceux que j'ai, et ça me dérange. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Quelquefois mon enfant fait des choses qui me dérangent seulement pour être désagréable. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

J'ai trois derniers énoncés sur ce que tu ressens par rapport à ton enfant.

24. J'ai l'impression d'être :

- a) Un très bon parent ☐ (1)
- b) Un parent meilleur que la moyenne ☐ (2)
- c) Un parent dans la moyenne ☐ (3)
- d) Une personne qui éprouve de la difficulté à être parent ☐ (4)
- e) Pas très bonne en tant que parent ☐ (5)

25. J'ai trouvé qu'amener mon enfant à faire ou à cesser de faire quelque chose est :

- a) Beaucoup plus facile que je m'y attendais ☐ (1)
- b) Un peu plus facile que je m'y attendais ☐ (2)
- c) À peu près aussi difficile que je m'y attendais ☐ (3)
- d) Un peu plus difficile que je m'y attendais ☐ (4)
- e) Beaucoup plus difficile que je m'y attendais ☐ (5)

26. Réfléchis bien et compte le nombre de choses faites par ton enfant qui te dérangent. (Par exemple pleurer, pleurnicher, etc.) Choisis le chiffre correspondant au nombre que tu as calculé.

- a) Aucune ☐ (0)
- b) 1-3 ☐ (1)
- c) 4-5 ☐ (2)
- d) 6-7 ☐ (3)
- e) 8-9 ☐ (4)
- f) 10 ou + ☐ (5)

Annexe 16 : *Inventaire des connaissances du développement* (MacPhee, 1981, 2002; traduite par le Laboratoire d'études sur le nourrisson de l'Université du Québec à Montréal)

MP

Nous avons presque terminé avec ce questionnaire. Nous allons maintenant aborder ce que tu penses du développement des enfants. Tu me dis avec quoi tu es d'accord, pas d'accord, ou pas certaine.

| | D'accord | Pas d'accord | Pas certaine |
|---|----------|--------------|--------------|
| 1. Lorsque les enfants sont très attachés à leurs parents (lien d'attachement), ils sont plus collés sur eux et ont tendance à rester près de leur mère ou de leur père. | 1 | 2 | 3 |
| 2. Un enfant de 2 ans qui est 2 ou 3 mois en retard dans son développement par rapport à d'autres enfants de son âge est un enfant retardé. | 1 | 2 | 3 |
| 3. Souvent, les enfants vont continuer à utiliser un mot incorrect pendant un certain temps, même quand on leur dit la bonne expression (par exemple : «chevaux, pas chevaux»). | 1 | 2 | 3 |
| 4. On ne devrait pas prendre un bébé dans ses bras quand il pleure parce qu'il voudra être pris continuellement par la suite. | 1 | 2 | 3 |
| 5. Si un bébé de moins de 1 an veut une collation, on peut lui donner des noix, du pop-corn ou des raisins secs. | 1 | 2 | 3 |
| 6. Les bébés font certaines choses rien que pour déranger leurs parents (comme pleurer longtemps ou souiller leur couche). | 1 | 2 | 3 |
| 7. Si tu punis ton enfant pour un comportement indésirable, il est correct de lui donner un bonbon pour faire cesser les pleurs. | 1 | 2 | 3 |
| 8. Tu dois rester dans la salle de bain lorsque ton bébé est dans la baignoire. | 1 | 2 | 3 |
| 9. Les bébés ne voient et n'entendent pas à la naissance. | 1 | 2 | 3 |
| 10. Les enfants comprennent seulement les mots qu'ils peuvent dire. | 1 | 2 | 3 |
| 11. Si les enfants deviennent gênés ou grognons dans les situations nouvelles, cela signifie qu'ils ont un problème émotif. | 1 | 2 | 3 |
| 12. Parler à un enfant de choses qu'il fait, aide son développement et ses compétences futures. | 1 | 2 | 3 |
| 13. L'enfant de 2 ans qui répond «Non!» à tout et qui essaie de te mener, cherche vraiment à te faire choquer. | 1 | 2 | 3 |
| 14. La façon dont un enfant est élevé a peu d'influence sur son intelligence. | 1 | 2 | 3 |
| 15. Un bébé peut pleurer pendant 20 ou 30 minutes peu importe tout ce qu'on essaye de faire pour le consoler. | 1 | 2 | 3 |
| 16. Lorsque les enfants atteignent l'âge de 3 ans et plus, ils deviennent moins provoquants et moins négatifs « Non je veux pas! ». | 1 | 2 | 3 |
| 17. Un enfant qui est énergique, toujours en activité, a besoin d'une diète faible en sucre ou a besoin de Ritalin. | 1 | 2 | 3 |
| 18. Les bébés ont peu d'influence sur la façon qu'ont les parents de s'occuper d'eux et de jouer avec eux, du moins jusqu'à ce qu'ils deviennent plus vieux. | 1 | 2 | 3 |
| 19. Lorsqu'on couche un jeune bébé dans son lit pour qu'il dorme, on doit le placer sur son dos et non sur son ventre. | 1 | 2 | 3 |
| 20. Un garçon de 3 ½ ans qui mouille son lit a un problème et il doit être vu par un médecin. | 1 | 2 | 3 |
| 21. Un jeune enfant peut commencer à sucer son pouce ou à mouiller son lit à l'arrivée d'un nouveau bébé dans la famille. | 1 | 2 | 3 |
| 22. On doit ajouter un seul nouvel aliment à la fois dans le menu du bébé et attendre de 4 à 5 jours avant d'en présenter un autre. | 1 | 2 | 3 |
| 23. La notion de temps chez l'enfant de 2 ans est différente de celle de l'adulte. | 1 | 2 | 3 |
| 24. La majorité des bébés prématurés finissent par souffrir d'abus, de négligence ou de retard mental. | 1 | 2 | 3 |

MP

Nous continuons : tu indiques si tu es d'accord, pas d'accord, ou incertaine.

| | D'accord | Pas d'accord | Pas certaine |
|---|----------|--------------|--------------|
| 25. Si un bébé est nourri au lait de vache, il a besoin d'un supplément de vitamines et de fer. | 1 | 2 | 3 |
| 26. Il y a des bébés en santé qui recrachent presque tout nouvel aliment jusqu'à ce qu'ils s'y habituent. | 1 | 2 | 3 |
| 27. La personnalité du bébé, son tempérament, est formée à l'âge de 6 mois. | 1 | 2 | 3 |
| 28. Certaines mères ne se sentent pas vraiment impliquées avec leur nourrisson avant que celui-ci commence à leur sourire et à les regarder. | 1 | 2 | 3 |
| 29. La façon dont les parents répondent au bébé durant les premiers mois détermine si l'enfant grandira heureux ou malheureux. | 1 | 2 | 3 |
| 30. Les enfants apprennent tout de leur langue en copiant ce qu'ils ont entendu les adultes dire. | 1 | 2 | 3 |
| 31. Lorsqu'un bébé de moins de 12 mois a la diarrhée, le parent doit cesser de le nourrir avec des aliments solides et lui donner de l'eau sucrée (Pedyalite) ou un cola sans gaz. | 1 | 2 | 3 |
| 32. Un bébé peut cesser de porter attention à ce qui se passe autour de lui s'il y a trop de bruit ou de choses à regarder. | 1 | 2 | 3 |
| 33. Il y a des bébés normaux qui n'aiment pas être cajolés. | 1 | 2 | 3 |
| 34. Si un bébé a de la difficulté à faire un rot, on peut lui donner du lait chaud. | 1 | 2 | 3 |
| 35. Plus tu consoles un bébé qui pleure en le prenant dans tes bras et en lui parlant, plus tu le gâtes. | 1 | 2 | 3 |
| 36. Une cause fréquente d'accidents chez les enfants d'un an est du au fait qu'ils tirent des choses sur eux comme une poêle, une nappe ou une lampe. | 1 | 2 | 3 |
| 37. Les nouveau-nés reconnaissent les histoires et la musique qu'ils ont entendu avant de naître. | 1 | 2 | 3 |
| 38. Une bonne façon d'enseigner à ton enfant à ne pas taper les autres est de le taper lorsqu'il le fait. | 1 | 2 | 3 |
| 39. Certains jours, tu dois discipliner ton enfant pour un comportement particulier alors que d'autres jours, tu peux ignorer ce même comportement. Cela dépend de ton humeur ce jour là. | 1 | 2 | 3 |

MP

Les items suivants te questionnent sur l'âge où les enfants peuvent faire les choses. Si tu penses que l'âge indiqué est à peu près juste, coche 1 (d'accord). Si tu n'es pas d'accord, tu dois décider si un enfant *plus jeune* (2) ou *plus vieux* (3) pourrait le faire. Si tu n'es pas certaine de l'âge, alors coche 4 (pas certaine).

| | D'accord | Plus jeune | Plus vieux | Pas certaine |
|---|----------|------------|------------|--------------|
| 40. La plupart des bébés peuvent s'asseoir sur le plancher sans tomber vers l'âge de 7 mois. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41. Un bébé de 6 mois réagira différemment à une personne selon que cette personne est heureuse, triste ou fâchée. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42. La plupart des enfants de 2 ans peuvent faire la différence entre une histoire fictive à la télévision et la réalité. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. Les enfants marchent habituellement vers l'âge de 12 mois. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44. Un bébé de 8 mois se comporte différemment selon qu'il est en présence d'une personne connue ou de quelqu'un qu'il n'a jamais vu avant. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45. Un bébé doit avoir environ 7 mois pour parvenir à atteindre et saisir les objets. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46. Un enfant de 2 ans est capable de raisonner logiquement comme un adulte le ferait. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47. Un enfant d'1 an fait la différence entre le bien du mal. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48. Un bébé de 3 mois sourira souvent quand il verra le visage d'un adulte. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 49. La plupart des enfants sont prêts à faire l'apprentissage de la propreté vers l'âge d'1 an. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 50. Un enfant commence à répondre à son nom à l'âge de 10 mois. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51. Les bébés commencent à rire des choses autour de 4 mois. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52. Les enfants de 6 mois comprennent ce que «Non!» veut dire. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 53. Un bébé de 4 mois peut soulever sa tête lorsqu'il est couché sur le ventre. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 54. La babillage (ba-ba ou da-da) commence vers l'âge de 5 mois. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 55. Les enfants de 18 mois (1 ½ ans) coopèrent et partagent souvent quand ils jouent ensemble. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 56. Un bébé de 12 mois peut se rappeler les jouets dont il a observé la disparition (qu'il a vu se faire cacher). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 57. Le bébé dit habituellement son premier vrai mot à l'âge de 6 mois. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 58. Vers l'âge de 6 mois, les bébés sont capables de percevoir la profondeur (peuvent indiquer qu'ils sont à un endroit élevé). | 1 | 2 | 3 | 4 |

Annexe 17 : Certificats d'approbation éthique de l'étude évaluative sur le PSJP (Gendron *et al.*, 2014)



Le 20 février 2006

Madame Céline Goulet
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
C.P. 6128, succursale Centre-Ville
Montréal, Québec
H3C 3J7

Objet: Évaluation du volet soutien aux parents (PSJP) des services intégrés en périnatalité et petite enfance pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité.
CCER 05-06-017

Madame Goulet,

Le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux a évalué votre protocole de recherche à sa réunion du 9 février 2006 tenue à Montréal au siège social du FRSQ. Lors de cette réunion, les documents suivants ont été examinés :

- Lettre datée du 13 décembre 2005
- Résumé. Document daté de septembre 2005
- Demande d'approbation éthique d'un projet de recherche. Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux. Document daté du 13 décembre 2005
- L'évaluation du volet soutien aux parents (PSJP) des services intégrés en périnatalité et petite enfance pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité. Devis de recherche daté du 14 juin 2004
- Territoires et établissements retenus pour l'évaluation du PSJP et nombre estimé de familles. Document daté de septembre 2005
- Information sur le projet – Parents. Formulaire daté du 8 novembre 2005
- Formulaire de consentement de la mère - avril 2005
- Formulaire de consentement du père - avril 2005
- Information sur le projet – Professionnels. Formulaire – daté du 8 novembre 2005
- Formulaire de consentement du professionnel - avril 2005
- Implantation et actualisation du PSJP - Sous-systèmes d'action du volet accompagnement des familles : Questions et éléments de méthodes. Document daté de novembre 2005

- Synthèse des mesures d'évaluation des changements. Document daté du 22 novembre 2005
- Lettre du 7 septembre 2004 de madame Renée Lamontagne et de madame Jocelyne Dagenais
- Lettre d'approbation du comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Sainte-Justine datée du 16 mars 2005
- Lettre du Docteur Émile Levy datée du 16 mars 2005
- Évolution des demandes d'approbations éthiques. Document daté du 23 novembre 2005
- Lettre du 20 octobre 2005 de madame Andrée Cousineau et de madame France Landry du CLSC Lamater
- Lettre du 18 novembre 2005 de monsieur Nagui Habashi du Centre de santé et de services sociaux Drummond
- Lettre du 1 novembre 2005 de madame Danielle Couture du Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie
- Curriculum vitae de madame Céline Goulet. Document daté de septembre 2005
- Curriculum vitae de madame Sylvie Gendron. Document daté de novembre 2005

J'ai le plaisir de vous informer que votre protocole de recherche a été approuvé, à l'unanimité par le Comité, conditionnellement à ce que vous apportiez quelques précisions aux questions soulevées par le Comité.

Vous proposez, si besoin est, dans le cas de parents mineurs, la signature d'une personne adulte acceptée du participant à titre de témoin de son consentement à la recherche en lieu et place du titulaire de l'autorité parentale. Malheureusement, le Comité d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux ne peut approuver une telle procédure. Bien que sensible aux arguments de grande vulnérabilité, de violence et d'abus possible, il n'en demeure pas moins que l'article 21 du Code civil du Québec est clair et précis à ce niveau.

En effet, l'article 21 énonce :

« Un mineur ou un majeur inapte ne peut être soumis à une expérimentation qui comporte un risque sérieux pour sa santé ou à laquelle il s'oppose alors qu'il en comprend la nature et les conséquences.

Il ne peut, en outre, être soumis à une expérimentation qu'à la condition que celle-ci laisse espérer, si elle ne vise que lui, un bienfait pour sa santé ou, si elle vise un groupe, des résultats qui seraient bénéfiques aux personnes possédant les mêmes caractéristiques d'âge, de maladie ou de handicap que les membres du groupe. Une telle expérimentation doit s'inscrire dans un projet de recherche approuvé et suivi par un comité d'éthique. Les comités d'éthique compétents sont institués par le ministre de la Santé et des Services sociaux ou désignés par lui parmi les comités d'éthique de la recherche existants; le ministre en définit la composition et les conditions de fonctionnement qui sont publiées à la Gazette officielle du Québec.

Le consentement à l'expérimentation est donné, pour le mineur, par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur, et, pour le majeur inapte, par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Lorsque l'inaptitude du majeur est subite et que l'expérimentation, dans la mesure où elle doit être effectuée

rapidement après l'apparition de l'état qui y donne lieu, ne permet pas d'attribuer au majeur un représentant légal en temps utile, le consentement est donné par la personne habilitée à consentir aux soins requis par le majeur; il appartient au comité d'éthique compétent de déterminer, lors de l'examen d'un projet de recherche, si l'expérimentation remplit une telle condition.

Ne constituent pas des expérimentations les soins qui, selon le comité d'éthique, sont des soins innovateurs requis par l'état de santé de la personne qui y est soumise. »

Par conséquent, le Comité vous demande de respecter l'article 21 du Code civil du Québec et ainsi, dans le cas de sujets mineurs, obtenir l'autorisation du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur.

Le Comité a constaté l'importance des efforts déployés pour rejoindre le père biologique. À cet effet, le Comité s'interroge sur l'adéquation d'une telle mesure pour un milieu de très grande vulnérabilité, de violence, d'abus. Par conséquent, avez-vous prévu la possibilité de reconnaître un droit de refus à la mère? Comment prévoyez-vous aborder l'inquiétude de la mère par rapport au fait de rejoindre le père biologique.

Comment prévoyez-vous appliquer la Loi sur la protection de la jeunesse, notamment à l'égard de l'obligation de signalement à la Direction de la protection de la jeunesse. À cet effet, nous vous signalons que l'obtention du consentement ne l'emporte pas sur l'obligation de signalement en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse.

Le Comité vous demande de préciser le nom des établissements pour lesquels vous demandez l'autorisation du Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux.

Le Comité vous demande également de produire les questionnaires qui seront administrés aux parents ainsi que les questionnaires qui seront administrés aux professionnels afin d'évaluer le caractère plus ou moins invasif des questions posées.

Le formulaire d'information et de consentement des parents ainsi que le formulaire d'information et de consentement des professionnels, tel que produit, ne sont pas conformes aux exigences du Comité. Le Comité vous demande de les produire à nouveau. Pour ce faire, vous trouverez ci-joint le Guide à l'intention des chercheurs concernant le contenu des formulaires d'information et de consentement des sujets qui participent à une recherche.

Vos réponses et les modifications apportées à votre protocole de recherche feront l'objet d'une évaluation éthique accélérée. Si elles sont jugées satisfaisantes, le comité émettra alors une approbation finale.

Il est entendu que vous ne pouvez commencer le recrutement des sujets avant d'avoir obtenu l'approbation finale du Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux.

Nous vous demandons d'utiliser pour votre projet le numéro de référence suivant (CCER 05/06-017) pour toute correspondance avec le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux.

En terminant, je vous invite à consulter le nouveau site internet du Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux à l'adresse suivante : <http://ethique.msss.gouv.qc.ca>

Avec l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Serge Gauthier, M.D.

Président, Comité central d'éthique de la recherche du
ministre de la Santé et des Services sociaux
500, rue Sherbrooke Ouest, bureau 800
Montréal (Québec) H3A 3C6
Tél. : (514) 873-2114 poste 252 — Fax : (514) 873-8768
Courriel (Johane de Champlain) : jdechamplain@frsq.gouv.qc.ca

SG/

Le 16 mars, 2005

Dre Céline Goulet
Centre de recherche
Étage A Bloc 7



CENTRE
DE RECHERCHE
DE L'HÔPITAL
SAINTE-JUSTINE
*Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant*

Pour l'amour des enfants

OBJET: Titre du projet: L'évaluation du volet soutien aux jeunes parents (PSJP)
des Services intégrés en périnatalité et petite enfance pour les familles
vivant en contexte de vulnérabilité.

Responsables du projet: Céline Goulet Ph. D., et Sylvie Gendron, Ph.D.

Chère Docteure,

Votre projet cité en rubrique a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en date d'aujourd'hui. *Toutefois, comme la première année de la subvention est principalement consacrée à la mise au point de l'ensemble des outils de collecte de données en fonction de chacun des objectifs et des sous-objectifs, le Comité d'éthique donne son accord à cette phase préparatoire du projet.* Vous trouverez ci-joint la lettre d'approbation du Comité.

Tous les projets de recherche impliquant des sujets humains doivent être réexaminés annuellement et la durée de l'approbation de votre projet sera effective jusqu'au 16 mars 2006. Notez qu'il est de votre responsabilité de soumettre une demande au Comité pour que votre projet soit renouvelé avant la date d'expiration mentionnée. Il est également de votre responsabilité d'aviser le Comité de toute modification au projet ainsi que de tout effet secondaire survenu dans le cadre de la présente étude.

Votre projet a été envoyé au directeur du Centre pour approbation finale.

Nous vous souhaitons bonne chance dans la réalisation de votre projet et vous prions de recevoir nos meilleures salutations.

/Jean-Marie Therrien, Ph.D., éthicien
Président du Comité d'éthique de la recherche,

JMT/ic

LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Un comité de l'Hôpital Sainte-Justine formé des membres suivants:

Jean-Marie Therrien, éthicien et président
Anne-Claude Bernard-Bonnin, pédiatre
Geneviève Cardinal, juriste
Anny Daigneault, infirmière de recherche
Françoise Grambin, représentante du public
Denis Lebel, pharmacien
Florina Moldovan, scientifique



**CENTRE
DE RECHERCHE
DE L'HÔPITAL
SAINTE-JUSTINE**

*Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant*

Pour l'amour des enfants

Les membres du comité d'éthique de la recherche ont étudié le projet de recherche clinique intitulé:

L'évaluation du volet soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et petite enfance pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité.

soumis par: Céline Goulet Ph. D., et Sylvie Gendron, Ph.D.

et l'ont trouvé conforme aux normes établies par le comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Sainte-Justine. Le projet est donc accepté par le Comité.

/ Jean-Marie Therrien, Ph.D., éthicien
Président du Comité d'éthique de la recherche

Date d'approbation: 16 mars 2005

Le 16 mars, 2005

Dre Céline Goulet
Centre de recherche
Étage A Bloc 7



CENTRE
DE RECHERCHE
DE L'HÔPITAL
SAINTE-JUSTINE
*Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant*
Pour l'amour des enfants

OBJET: Titre du projet:

L'évaluation du volet soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services
intégrés en périnatalité et petite enfance pour les familles vivant en
contexte de vulnérabilité.

Responsables du projet: Céline Goulet Ph. D., et Sylvie Gendron, Ph.D.

Chère Docteure,

Tel que le requiert le règlement établi par le Centre de recherche de l'Hôpital
Sainte-Justine, concernant la soumission d'un projet de recherche pour approbation, à
titre de directeur, j'ai pris connaissance et approuvé votre projet de recherche
mentionné en objet.

Par ailleurs, nous vous prions de faire parvenir, par écrit, au comité d'éthique de la
recherche, les renseignements suivants:

1. L'avertir si le projet n'est pas initié pour quelque raison que ce soit.
2. L'avertir également si le projet n'a pas reçu le financement budgété.
3. L'informer des publications ou des retombées du projet.

De plus, dans un an, nous vous relancerons au sujet de l'état d'avancement du projet.

Recevez nos meilleures salutations,

Docteur Emile Levy
Directeur du Centre de recherche

3175, Côte-Sainte-Catherine
Montréal (Québec)
H3T 1C5

Annexe 18 : Analyses d'asymétrie statistique des variables

Expériences de maltraitance dans l'enfance

| | N | Min. | Max. | Moy. | É.-T. | Asymétrie | | Kurtosis | |
|-------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|-----------|---------------|
| | Statistic | Statistic | Statistic | Statistic | Statistic | Statistic | Err. standard | Statistic | Err. standard |
| Abus émotionnel | 288 | 5 | 25 | 9.48 | 4.908 | 1.234 | .144 | .815 | .286 |
| Abus physique | 288 | 5 | 25 | 7.05 | 3.795 | 2.647 | .144 | 7.420 | .286 |
| Abus sexuel | 288 | 5 | 25 | 7.39 | 4.366 | 2.273 | .144 | 4.778 | .286 |
| Négligence émotionnelle | 288 | 6 | 25 | 19.15 | 4.954 | -.789 | .144 | -.359 | .286 |
| Négligence physique | 288 | 5 | 23 | 7.16 | 3.198 | 2.156 | .144 | 5.210 | .286 |
| N valide | 288 | | | | | | | | |

Autres variables utilisées pour les analyses de variance multivariée

| | N | Min. | Max. | Moy. | É.-T. | Asymétrie | | Kurtosis | |
|---|-------|-------|--------|--------|-------|-----------|---------------|----------|---------------|
| | Stat. | Stat. | Stat. | Stat. | Stat. | Stat. | Err. standard | Stat. | Err. standard |
| Sentiment d'insécurité alimentaire (5 mois) | 267 | .00 | 7.00 | 1.06 | 1.40 | 1.425 | .149 | 1.670 | .297 |
| Adéquation des ressources matérielles (5 mois) | 187 | 49.00 | 128.00 | 105.65 | 12.87 | -.696 | .178 | 1.146 | .354 |
| Adéquation des ressources matérielles (17 mois) | 264 | 58.00 | 128.00 | 103.86 | 13.20 | -.548 | .150 | .226 | .299 |
| Surestimation du développement de l'enfant | 288 | .00 | .50 | .103 | .083 | 1.051 | .144 | 2.216 | .286 |
| Détresse psychologique (prénatale) | 288 | 25.00 | 90.00 | 50.91 | 13.63 | .390 | .144 | -.523 | .286 |
| Dépression (5 mois) | 270 | .00 | 25.00 | 6.07 | 5.23 | .598 | .148 | -.272 | .295 |
| Détresse psychologique (17 mois) | 288 | 23 | 99 | 45.10 | 16.09 | 1.061 | .144 | .695 | .286 |
| Détresse parentale (17 mois) | 288 | 0 | 53 | 24.64 | 8.01 | .630 | .144 | .529 | .286 |
| Satisfaction du soutien par l'entourage (5 mois) | 269 | 1.05 | 6.00 | 4.71 | .999 | -1.137 | .149 | 1.032 | .296 |
| Satisfaction du soutien par l'entourage (17 mois) | 287 | 1.70 | 6.00 | 4.64 | .939 | -.784 | .144 | .279 | .287 |
| N valide | 169 | | | | | | | | |

Annexe 19 : Analyse discriminante : Test des fonctions

| Test des fonctions | Lambda de Wilks | Khi-carré | Degré de liberté | Valeur de signification |
|--------------------|-----------------|-----------|------------------|-------------------------|
| 1 jusqu'à 2 | .08 | 715.364 | 10 | .000*** |
| 2 | .40 | 258.617 | 4 | .000*** |

*** $p \leq .001$

Annexe 20 : Analyse discriminante : Test de structure de la matrice du modèle statistique

| | Fonction 1 | Fonction 2 |
|-------------------------|------------|------------|
| Négligence émotionnelle | -.760* | .051 |
| Abus émotionnel | .568* | .119 |
| Négligence physique | .537* | .034 |
| Abus physique | .315* | .078 |
| Abus sexuel | .306 | .857* |

*** $p \leq .001$

Annexe 21 : Analyses statistiques et descriptives pour les variables représentant les conditions associées à l'APPM (selon chaque groupe identifié par le biais de l'analyse de partitionnement des données)

Description statistique globale des groupes

| Dimension à l'étude | Variables | Degrés de liberté | Moyenne des carrés | <i>F</i> | <i>p</i> | ÉTA carré partiel | Puissance |
|---------------------|--|-------------------|--------------------|----------|----------|-------------------|-----------|
| Socioéconomique | Âge à la première grossesse | 2 | 6.045 | 2.429 | .090 | .017 | 48.7 % |
| | | 284 | 2.489 | | | | |
| | | 287 | | | | | |
| Socioéconomique | Niveau de scolarité complété avant la première grossesse | 2 | 12.390 | 3.196 | .042 | .023 | 60.8 % |
| | | 276 | 3.877 | | | | |
| | | 279 | | | | | |
| Socioéconomique | Sentiment d'insécurité alimentaire (5 mois) | 2 | 11.830 | 6.319 | .002 | .046 | 89.6 % |
| | | 264 | 1.872 | | | | |
| | | 267 | | | | | |
| Socioéconomique | Adéquation des ressources matérielles (5 mois) | 2 | 802.429 | 5.056 | .007 | .052 | 81.3 % |
| | | 184 | 158.695 | | | | |
| | | 187 | | | | | |
| Socioéconomique | Adéquation des ressources matérielles (17 mois) | 2 | 1186.649 | 7.125 | .001 | .052 | 93.0 % |
| | | 261 | 166.549 | | | | |
| | | 264 | | | | | |

Description statistique globale des groupes (suite)

| Dimension à l'étude | Variables | Degrés de liberté | Moyenne des carrés | F | p | ÉTA carré partiel | Puissance |
|---------------------|---|-------------------|--------------------|-------|------|-------------------|-----------|
| Réseau de soutien | Alliance parentale avec la mère (5 mois) | 2 | .254 | .269 | .764 | .002 | 9.2 % |
| | | 285 | .944 | | | | |
| | | 288 | | | | | |
| Réseau de soutien | Satisfaction du soutien reçu par le partenaire (Prénatal) | 2 | .813 | 1.450 | .237 | .012 | 30.8 % |
| | | 232 | .561 | | | | |
| | | 235 | | | | | |
| Réseau de soutien | Satisfaction du soutien reçu par l'entourage (Prénatal) | 2 | .856 | 1.459 | .235 | .012 | 31.0 % |
| | | 232 | .586 | | | | |
| | | 235 | | | | | |
| Réseau de soutien | Satisfaction du soutien reçu par le partenaire (5 mois) | 2 | 1.151 | 1.503 | .225 | .014 | 31.8 % |
| | | 210 | .766 | | | | |
| | | 213 | | | | | |
| Réseau de soutien | Satisfaction du soutien reçu par l'entourage (5 mois) | 2 | 3.640 | 3.724 | .025 | .027 | 67.9 % |
| | | 266 | .978 | | | | |
| | | 269 | | | | | |
| Réseau de soutien | Satisfaction du soutien reçu par le partenaire (17 mois) | 2 | .289 | .259 | .772 | .003 | 9.0 % |
| | | 204 | 1.117 | | | | |
| | | 207 | | | | | |
| Réseau de soutien | Satisfaction du soutien reçu par l'entourage (17 mois) | 2 | 5.690 | 6.717 | .001 | .045 | 91.4 % |
| | | 284 | .847 | | | | |
| | | 287 | | | | | |

Description statistique globale des groupes (suite)

| Dimension à l'étude | Variables | Degrés de liberté | Moyenne des carrés | <i>F</i> | <i>p</i> | ÉTA carré partiel | Puissance |
|---------------------|--|-------------------|--------------------|----------|----------|-------------------|-----------|
| Réseau de soutien | Ressources pour soutien matériel (17 mois) | 2 | 7.718 | 5.764 | .004 | .039 | 86.6 % |
| | | 281 | 1.339 | | | | |
| | | 284 | | | | | |
| Réseau de soutien | Satisfaction fréquence des services reçus au cours des trois derniers mois (17 mois) | 2 | .390 | 1.755 | .176 | .023 | 36.3 % |
| | | 149 | .222 | | | | |
| | | 152 | | | | | |
| Santé mentale | Autonomie (prénatale) | 2 | .077 | 1.026 | .360 | .007 | 22.8 % |
| | | 285 | .075 | | | | |
| | | 288 | | | | | |
| Santé mentale | Détresse psychologique (prénatale) | 2 | 1893.492 | 10.899 | .000 | .071 | 99.0 % |
| | | 285 | 173.729 | | | | |
| | | 288 | | | | | |
| Santé mentale | Détresse psychologique (17 mois) | 2 | 1253.850 | 4.975 | .008 | .034 | 80.9 % |
| | | 285 | 252.008 | | | | |
| | | 288 | | | | | |
| Santé mentale | Dépression (5 mois) | 2 | 168.547 | 6.413 | .002 | .046 | 90.1 % |
| | | 267 | 26.282 | | | | |
| | | 270 | | | | | |

Description statistique globale des groupes (suite)

| Dimension à l'étude | Variables | Degrés de liberté | Moyenne des carrés | <i>F</i> | <i>p</i> | ÉTA carré partiel | Puissance |
|---------------------|---|-------------------|--------------------|----------|----------|-------------------|-----------|
| Parentalité | Connaissance du développement de l'enfant (surestimation) | 2 | .026 | 3.855 | .022 | .026 | 69.6 % |
| | | 285 | .007 | | | | |
| | | 288 | | | | | |
| Parentalité | Connaissance du développement de l'enfant (sous-estimation) | 2 | .005 | .465 | .629 | .003 | 12.6 % |
| | | 285 | .011 | | | | |
| | | 288 | | | | | |
| Parentalité | Détrousse parentale (17 mois) | 2 | 232.998 | 3.702 | .026 | .025 | 67.7 % |
| | | 285 | 62.943 | | | | |
| | | 288 | | | | | |
| Parentalité | Sensibilité parentale (17 mois) | 2 | .112 | .988 | .374 | .007 | 22.1 % |
| | | 266 | .114 | | | | |
| | | 269 | | | | | |
| Parentalité | Interactions mère-enfant dysfonctionnelles (17 mois) | 2 | 38.542 | 1.234 | .293 | .009 | 26.8 % |
| | | 285 | 31.231 | | | | |
| | | 288 | | | | | |

Moyennes des variables pour chaque groupe

| Dimension à l'étude | Variable | Groupe | N | Moyenne | Écart-type |
|---------------------|--|--------|-----|---------|------------|
| Socioéconomique | Âge à la première grossesse | 1 | 152 | 17.928 | 1.419 |
| | | 2 | 68 | 17.618 | 1.565 |
| | | 3 | 67 | 17.448 | 1.901 |
| | | Total | 287 | 17.742 | 1.585 |
| Socioéconomique | Sentiment d'insécurité alimentaire (5 mois) | 1 | 137 | 0.778 | 1.131 |
| | | 2 | 66 | 1.364 | 1.604 |
| | | 3 | 64 | 1.375 | 1.558 |
| | | Total | 267 | 1.064 | 1.395 |
| Socioéconomique | Adéquation des ressources matérielles (5 mois) | 1 | 97 | 108.464 | 11.364 |
| | | 2 | 47 | 102.851 | 14.580 |
| | | 3 | 43 | 102.349 | 12.932 |
| | | Total | 187 | 105.647 | 12.869 |
| Socioéconomique | Adéquation des ressources matérielles (17 mois) | 1 | 139 | 106.676 | 11.465 |
| | | 2 | 63 | 101.270 | 13.738 |
| | | 3 | 62 | 100.161 | 14.946 |
| | | Total | 264 | 103.856 | 13.202 |
| Réseau de soutien | Satisfaction du soutien offert par l'entourage (prénatale) | 1 | 124 | 5.365 | 0.681 |
| | | 2 | 54 | 5.159 | 0.961 |
| | | 3 | 57 | 5.248 | 0.732 |
| | | Total | 235 | 5.289 | 0.767 |
| Réseau de soutien | Satisfaction du soutien offert par l'entourage (5 mois) | 1 | 139 | 4.839 | 0.886 |
| | | 2 | 65 | 4.698 | 0.980 |
| | | 3 | 65 | 4.434 | 1.188 |
| | | Total | 269 | 4.707 | 0.999 |
| Réseau de soutien | Satisfaction du soutien offert par l'entourage (17 mois) | 1 | 151 | 4.799 | 0.778 |
| | | 2 | 68 | 4.612 | 1.035 |
| | | 3 | 68 | 4.307 | 1.079 |
| | | Total | 287 | 4.638 | 0.939 |
| Réseau de soutien | Alliance parentale avec la mère (5 mois) | 1 | 152 | 0.704 | 0.905 |
| | | 2 | 68 | 0.632 | 0.876 |
| | | 3 | 68 | 0.753 | 1.185 |
| | | Total | 288 | 0.698 | 0.969 |

Moyennes des variables dépendantes pour chaque groupe (suite)

| Dimension à l'étude | Variable | Groupe | N | Moyenne | Écart-type |
|----------------------------|--|---------------|----------|----------------|-------------------|
| Santé mentale | Déresse psychologique (prénatale) Score total | 1 | 152 | 48.125 | 13.4000 |
| | | 2 | 68 | 50.941 | 13.215 |
| | | 3 | 68 | 57.103 | 12.647 |
| | | Total | 288 | 50.910 | 13.628 |
| Santé mentale | Déresse psychologique (17 mois) Score total | 1 | 152 | 42.320 | 13.758 |
| | | 2 | 68 | 48.620 | 18.081 |
| | | 3 | 68 | 47.790 | 17.845 |
| | | Total | 288 | 45.100 | 16.093 |
| Santé mentale | Dépression (5 mois) Score moyen par item | 1 | 139 | 4.993 | 4.693 |
| | | 2 | 66 | 7.349 | 4.904 |
| | | 3 | 65 | 7.092 | 6.143 |
| | | Total | 270 | 6.074 | 5.229 |
| Parentalité | Surestimation développement de l'enfant Indice moyen par item | 1 | 152 | 0.102 | 0.076 |
| | | 2 | 68 | 0.123 | 0.102 |
| | | 3 | 68 | 0.084 | 0.072 |
| | | Total | 288 | 0.103 | 0.083 |
| Parentalité | Sensibilité parentale (17 mois) Score total | 1 | 138 | 1.380 | .285 |
| | | 2 | 66 | 1.451 | .461 |
| | | 3 | 65 | 1.401 | .287 |
| | | Total | 269 | 1.404 | .337 |
| Parentalité | Déresse parentale (17 mois) Score total | 1 | 152 | 23.490 | 6.812 |
| | | 2 | 68 | 26.470 | 10.039 |
| | | 3 | 68 | 25.370 | 7.898 |
| | | Total | 288 | 24.640 | 8.008 |

Fréquences des variables dépendantes pour chaque groupe

| Dimension à l'étude | Variable | Non | Oui | Total |
|----------------------------|--|------------|------------|--------------|
| Socioéconomique | Première grossesse | | | |
| | <i>Groupe 1</i> | 43 (28 %) | 109 (72 %) | 152 |
| | <i>Groupe 2</i> | 21 (31 %) | 47 (69 %) | 68 |
| | <i>Groupe 3</i> | 20 (29 %) | 48 (71 %) | 68 |
| Socioéconomique | Grossesse planifiée | | | |
| | <i>Groupe 1</i> | 108 (71 %) | 44 (29 %) | 152 |
| | <i>Groupe 2</i> | 50 (75 %) | 17 (25 %) | 67 |
| | <i>Groupe 3</i> | 45 (66 %) | 23 (34 %) | 68 |
| Socioéconomique | A été enceinte de nouveau à 17 mois | | | |
| | <i>Groupe 1</i> | 121 (82 %) | 27 (18 %) | 148 |
| | <i>Groupe 2</i> | 53 (79 %) | 14 (21 %) | 67 |
| | <i>Groupe 3</i> | 55 (83 %) | 11 (17 %) | 66 |
| Socioéconomique | Source de revenu à 17 mois : État | | | |
| | <i>Groupe 1</i> | 56 (38 %) | 92 (62 %) | 148 |
| | <i>Groupe 2</i> | 24 (36 %) | 42 (64 %) | 66 |
| | <i>Groupe 3</i> | 20 (30 %) | 46 (70 %) | 66 |
| Socioéconomique | Études avant grossesse et retour à 17 mois | | | |
| | <i>Groupe 1</i> | 118 (78 %) | 34 (22 %) | 152 |
| | <i>Groupe 2</i> | 58 (85 %) | 10 (15 %) | 68 |
| | <i>Groupe 3</i> | 61 (90 %) | 7 (10 %) | 68 |
| Socioéconomique | Études avant grossesse et pas de retour à 17 mois | | | |
| | <i>Groupe 1</i> | 144 (95 %) | 8 (5 %) | 152 |
| | <i>Groupe 2</i> | 62 (91 %) | 6 (9 %) | 68 |
| | <i>Groupe 3</i> | 63 (93 %) | 5 (7 %) | 68 |
| Socioéconomique | Pas aux études avant grossesse et retour à 17 mois | | | |
| | <i>Groupe 1</i> | 113 (74 %) | 39 (26 %) | 152 |
| | <i>Groupe 2</i> | 49 (72 %) | 19 (28 %) | 68 |
| | <i>Groupe 3</i> | 40 (59 %) | 28 (41 %) | 68 |

Fréquences des variables dépendantes pour chaque groupe (suite)

| Dimension à l'étude | Variable | Non | Oui | Total |
|----------------------------|---|------------|-------------|--------------|
| Socioéconomique | Pas aux études avant grossesse et pas de retour à 17 mois | | | |
| | <i>Groupe 1</i> | 87 (57 %) | 65 (43 %) | 152 |
| | <i>Groupe 2</i> | 34 (50 %) | 34 (50 %) | 68 |
| | <i>Groupe 3</i> | 41 (60 %) | 27 (40 %) | 68 |
| Réseau de soutien | En couple depuis au moins un an à 17 mois | | | |
| | <i>Groupe 1</i> | 26 (17 %) | 126 (83 %) | 152 |
| | <i>Groupe 2</i> | 11 (16 %) | 57 (84 %) | 68 |
| | <i>Groupe 3</i> | 22 (32 %) | 46 (68 %) | 68 |
| Réseau de soutien | Habite avec partenaire à 17 mois | | | |
| | <i>Groupe 1</i> | 65 (43 %) | 87 (57 %) | 152 |
| | <i>Groupe 2</i> | 19 (28 %) | 49 (72 %) | 68 |
| | <i>Groupe 3</i> | 28 (41 %) | 40 (59 %) | 68 |
| Réseau de soutien | Habite seule à 17 mois | | | |
| | <i>Groupe 1</i> | 90 (60 %) | 60 (40 %) | 150 |
| | <i>Groupe 2</i> | 48 (71 %) | 20 (29 %) | 68 |
| | <i>Groupe 3</i> | 44 (67 %) | 22 (33 %) | 66 |
| Réseau de soutien | Services PSJP reçus depuis les 3 derniers mois à 17 mois | | | |
| | <i>Groupe 1</i> | 74 (49 %) | 78 (51 %) | 152 |
| | <i>Groupe 2</i> | 23 (34 %) | 44 (66 %) | 67 |
| | <i>Groupe 3</i> | 39 (57 %) | 29 (63 %) | 68 |
| Santé mentale | Présence de troubles nerveux, émotifs ou psychologique avant la naissance | | | |
| | <i>Groupe 1</i> | 140 (96 %) | 6 (4 %) | 146 |
| | <i>Groupe 2</i> | 57 (86 %) | 9 (14 %) | 66 |
| | <i>Groupe 3</i> | 55 (83 %) | 11 (17 %) | 66 |
| Santé mentale | Détresse psychologique prénatale | | | |
| | <i>Groupe 1</i> | 0 (0 %) | 152 (100 %) | 152 |
| | <i>Groupe 2</i> | 0 (0 %) | 68 (100 %) | 68 |
| | <i>Groupe 3</i> | 1 (1 %) | 67 (99 %) | 68 |

Fréquences des variables dépendantes pour chaque groupe (suite)

| Dimension à l'étude | Variable | Non | Oui | Total |
|----------------------------|--|------------|------------|--------------|
| Santé mentale | Dépression à 5 mois | | | |
| | <i>Groupe 1</i> | 114 (82 %) | 25 (18 %) | 139 |
| | <i>Groupe 2</i> | 43 (65 %) | 23 (35 %) | 66 |
| | <i>Groupe 3</i> | 43 (66 %) | 22 (34 %) | 65 |
| Santé mentale | Détresse psychologique à 17 mois | | | |
| | <i>Groupe 1</i> | 24 (16 %) | 128 (84 %) | 152 |
| | <i>Groupe 2</i> | 7 (10 %) | 61 (90 %) | 68 |
| | <i>Groupe 3</i> | 5 (7 %) | 63 (93 %) | 68 |
| Santé mentale | Auto perception positive de la santé (prénatale) | | | |
| | <i>Groupe 1</i> | 16 (11 %) | 129 (89 %) | 145 |
| | <i>Groupe 2</i> | 10 (15 %) | 55 (85 %) | 65 |
| | <i>Groupe 3</i> | 9 (14 %) | 56 (86 %) | 65 |
| Santé mentale | Auto perception positive de la santé (5 mois) | | | |
| | <i>Groupe 1</i> | 23 (17 %) | 115 (83 %) | 138 |
| | <i>Groupe 2</i> | 15 (23 %) | 51 (77 %) | 66 |
| | <i>Groupe 3</i> | 12 (18 %) | 53 (82 %) | 65 |
| Santé mentale | Auto perception positive de la santé (17 mois) | | | |
| | <i>Groupe 1</i> | 29 (19 %) | 123 (81 %) | 152 |
| | <i>Groupe 2</i> | 18 (26 %) | 50 (74 %) | 68 |
| | <i>Groupe 3</i> | 17 (25 %) | 51 (75 %) | 68 |

Fréquences des variables dépendantes pour chaque groupe (suite)

| Dimension à l'étude | Variable | Non | Oui | Total |
|----------------------------|-----------------------|------------|------------|--------------|
| Parentalité | Contact DPJ à 5 mois | | | |
| | <i>Groupe 1</i> | 128 (92 %) | 11 (8 %) | 139 |
| | <i>Groupe 2</i> | 57 (86 %) | 9 (14 %) | 66 |
| | <i>Groupe 3</i> | 56 (86 %) | 9 (14 %) | 65 |
| Parentalité | Contact DPJ à 17 mois | | | |
| | <i>Groupe 1</i> | 131 (86 %) | 21 (14 %) | 152 |
| | <i>Groupe 2</i> | 55 (81 %) | 13 (19 %) | 68 |
| | <i>Groupe 3</i> | 61 (90 %) | 7 (10 %) | 68 |

Annexe 22 : Différences entre les groupes en ce qui a trait à l'adéquation des ressources matérielles et de l'insécurité alimentaire

| | (I) Groupe | (J) Groupe | Différence de moyenne (I-J) | Erreur standard | <i>p</i> | Interval de confiance à 95 % | |
|--|---------------|---------------|-----------------------------------|--------------------|----------|---------------------------------|----------------------|
| | | | | | | Limite inférieure | Limite supérieure |
| Adéquation des ressources matérielles (5 mois) | 1 | 2 | 5.61285 | 2.41952 | .059 | -.1741 | 11.3998 |
| | | 3 | 6.11508* | 2.28485 | .025 | .6471 | 11.5830 |
| | 2 | 1 | -5.61285 | 2.41952 | .059 | -11.3998 | .1741 |
| | | 3 | .50223 | 2.90031 | .984 | -6.4122 | 7.4167 |
| | 3 | 1 | -6.11508* | 2.28485 | .025 | -11.5830 | -.6471 |
| | | 2 | -.50223 | 2.90031 | .984 | -7.4167 | 6.4122 |
| Adéquation des ressources matérielles (17 mois) | 1 | 2 | 5.40642* | 1.98548 | .021 | .6846 | 10.1282 |
| | | 3 | 6.51497* | 2.13273 | .008 | 1.4364 | 11.5936 |
| | 2 | 1 | -5.40642* | 1.98548 | .021 | -10.1282 | -.6846 |
| | | 3 | 1.10855 | 2.56895 | .903 | -4.9868 | 7.2039 |
| | 3 | 1 | -6.51497** | 2.13273 | .008 | -11.5936 | -1.4364 |
| | | 2 | -1.10855 | 2.56895 | .903 | -7.2039 | 4.9868 |
| Sentiment d'insécurité alimentaire (5 mois) | 1 | 2 | -.58991* | .21984 | .023 | -1.1132 | -.0667 |
| | | 3 | -.60128* | .21745 | .019 | -1.1190 | -.0835 |
| | 2 | 1 | .58991* | .21984 | .023 | .0667 | 1.1132 |
| | | 3 | -.01136 | .27738 | .999 | -.6691 | .6464 |
| | 3 | 1 | .60128* | .21745 | .019 | .0835 | 1.1190 |
| | | 2 | .01136 | .27738 | .999 | -.6464 | .6691 |

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

Annexe 23 : Différences entre les groupes en ce qui a trait à la satisfaction du soutien reçu par l'entourage

| | (I) Groupe | (J) Groupe | Différence de moyenne (I-J) | Erreur standard | <i>p</i> | Interval de confiance à 95 % | |
|--|---------------|---------------|-----------------------------------|--------------------|----------|---------------------------------|----------------------|
| | | | | | | Limite inférieure | Limite supérieure |
| Satisfaction du réseau de soutien - Entourage (5 mois) | 1 | 2 | .14096 | .14289 | .587 | -.1983 | .4803 |
| | | 3 | .40526* | .16540 | .042 | .0117 | .7988 |
| | 2 | 1 | -.14096 | .14289 | .587 | -.4803 | .1983 |
| | | 3 | .26431 | .19102 | .353 | -.1888 | .7175 |
| | 3 | 1 | -.40526* | .16540 | .042 | -.7988 | -.0117 |
| | | 2 | -.26431 | .19102 | .353 | -.7175 | .1888 |
| Satisfaction du réseau de soutien - Entourage (17 mois) | 1 | 2 | .18691 | .14059 | .382 | -.1474 | .5213 |
| | | 3 | .49132** | .14537 | .003 | .1454 | .8372 |
| | 2 | 1 | -.18691 | .14059 | .382 | -.5213 | .1474 |
| | | 3 | .30441 | .18134 | .217 | -.1254 | .7342 |
| | 3 | 1 | -.49132** | .14537 | .003 | -.8372 | -.1454 |
| | | 2 | -.30441 | .18134 | .217 | -.7342 | .1254 |

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

Annexe 24 : Différences entre les groupes en ce qui a trait à la détresse psychologique et à la dépression postpartum

| | (I) Groupe | (J) Groupe | Différence de moyenne (I-J) | Erreur standard | <i>p</i> | Interval de confiance à 95 % | |
|---|---------------|---------------|-----------------------------------|--------------------|----------|---------------------------------|----------------------|
| | | | | | | Limite inférieure | Limite supérieure |
| Détresse psychologique (prénatale) | 1 | 2 | -2.81618 | 1.93612 | .316 | -7.4062 | 1.7739 |
| | | 3 | -8.97794*** | 1.87955 | .000 | -13.4318 | -4.5240 |
| | 2 | 1 | 2.81618 | 1.93612 | .316 | -1.7739 | 7.4062 |
| | | 3 | -6.16176** | 2.21813 | .017 | -11.4189 | -.9046 |
| | 3 | 1 | 8.97794*** | 1.87955 | .000 | 4.5240 | 13.4318 |
| | | 2 | 6.16176** | 2.21813 | .017 | .9046 | 11.4189 |
| Détresse psychologique (17 mois) | 1 | 2 | -5.47340* | 2.13939 | .032 | -10.5609 | -.3859 |
| | | 3 | -4.75796 | 2.11726 | .068 | -9.7922 | .2763 |
| | 2 | 1 | 5.47340* | 2.13939 | .032 | .3859 | 10.5609 |
| | | 3 | .71544 | 2.67890 | .961 | -5.6337 | 7.0646 |
| | 3 | 1 | 4.75796 | 2.11726 | .068 | -.2763 | 9.7922 |
| | | 2 | -.71544 | 2.67890 | .961 | -7.0646 | 5.6337 |
| Dépression (5 mois) | 1 | 2 | -2.35568** | .72302 | .004 | -4.0710 | -.6403 |
| | | 3 | -2.09950* | .85969 | .043 | -4.1447 | -.0543 |
| | 2 | 1 | 2.35568** | .72302 | .004 | .6403 | 4.0710 |
| | | 3 | .25618 | .97209 | .962 | -2.0502 | 2.5626 |
| | 3 | 1 | 2.09950* | .85969 | .043 | .0543 | 4.1447 |
| | | 2 | -.25618 | .97209 | .962 | -2.5626 | 2.0502 |

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

Annexe 25 : Différences entre les groupes en ce qui a trait aux connaissances et croyances sur le développement de l'enfant et à la détresse parentale

| | (I) Groupe | (J) Groupe | Différence de moyenne (I-J) | Erreur standard | <i>p</i> | Interval de confiance à 95 % | |
|---|---------------|---------------|-----------------------------------|--------------------|----------|---------------------------------|----------------------|
| | | | | | | Limite inférieure | Limite supérieure |
| Surestimation du développement de l'enfant | 1 | 2 | -.02174 | .01387 | .264 | -.0547 | .0112 |
| | | 3 | .01723 | .01072 | .246 | -.0082 | .0426 |
| | 2 | 1 | .02174 | .01387 | .264 | -.0112 | .0547 |
| | | 3 | .03897* | .01521 | .031 | .0029 | .0751 |
| | 3 | 1 | -.01723 | .01072 | .246 | -.0426 | .0082 |
| | | 2 | -.03897* | .01521 | .031 | -.0751 | -.0029 |
| Détresse Parentale (17 mois) | 1 | 2 | -2.984 | 1.337 | .071 | -6.17 | .20 |
| | | 3 | -1.881 | 1.106 | .209 | -4.51 | .75 |
| | 2 | 1 | 2.984 | 1.337 | .071 | -.20 | 6.17 |
| | | 3 | 1.103 | 1.549 | .757 | -2.57 | 4.78 |
| | 3 | 1 | 1.881 | 1.106 | .209 | -.75 | 4.51 |
| | | 2 | -1.103 | 1.549 | .757 | -4.78 | 2.57 |

* $p \leq .05$

Annexe 26 : Analyse de corrélation de Pearson des dix principales variables significativement associées aux types d'expérience de maltraitance suite aux ANOVA

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---------|---------|---------|--------|---------|---------|---------|---------|--------|----|
| 1. Surestim. dév. enfant | — | | | | | | | | | |
| 2. Ad. ress. mat. (5 mois) | | — | | | | | | | | |
| 3. Ad. ress. matérielle (17 mois) | | .502** | — | | | | | | | |
| 4. Sentiment insécurité alimentaire (5 mois) | | -.363** | -.263** | — | | | | | | |
| 5. Détresse psychologique (prénatale) | | -.214** | -.275** | | — | | | | | |
| 6. Détresse psychologique (17 mois) | | -.325** | -.401** | | -.332** | — | | | | |
| 7. Dépression (5 mois) | | -.354** | -.249** | .188** | .236** | .308** | — | | | |
| 8. Détresse parentale (17 mois) | | -.410** | -.498** | .146* | .268** | .472** | .210** | — | | |
| 9. Satisf. du réseau de soutien (ent.) (5 mois) | -.030** | .457** | .289** | -.149* | -.176** | -.242** | -.274** | -.270** | — | |
| 10. Satisf. du réseau de soutien (ent.) (17 mois) | | .468* | .387** | -.124* | -.202** | -.305** | -.229** | -.376** | .460** | — |

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

Annexe 27 : Analyses comparatives quant à la répartition entre les groupes identifiés par le biais de l'analyse de partitionnement des données entre les 169 mères incluses dans les analyses de variance multivariée et les 119 mères laissées de côté

| | Sans données manquantes (N=169) | Avec données manquantes (N=119) | Total |
|-----------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------|
| Groupe 1 | 89 (59 %) | 63 (41 %) | 152 |
| Groupe 2 | 42 (62 %) | 26 (38 %) | 68 |
| Groupe 3 | 38 (56 %) | 30 (44 %) | 68 |

($\chi^2=.487$, $df=2$, $p=.784$)

